RECHERCHES

ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR

LA PHTHISIE.

RECHERCHES

ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR

LA PHTHISIE.

PAR P. CH. A. LOUIS,

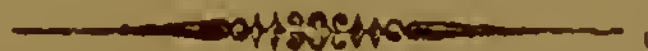
Docteur en Médecine des Facultés de Paris et de Saint-Pétersbourg, Membre adjoint de l'Académie Royale de Médecine de Paris, Correspondant de celle de Marseille.

PRÉCÉDÉES DU

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

PAR MM. BOURDOIS, ROYER-COLLARD ET CHOMEL.





A PARIS,

CHEZ GABON ET COMPAGNIE, LIBRAIRES,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE;

ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES LIBRAIRES.

1825.

A

MONSIEUR

A. F. CHOMEL.

P. CH. A. LOUIS.

AVERTISSEMENT.

On sera peut-être surpris de voir paraître de nouvelles recherches sur la Phthisie, à la suite des travaux encore si récens de Bayle et de M. Laennec. Ces médecins ont en effet décrit avec tant d'exactitude les principaux symptômes de la maladie et la lésion qui la caractérise, qu'ils semblent n'avoir rien laissé à faire à leurs successeurs, et qu'il serait au moins inutile de remanier un sujet si habilement traité, s'il fallait ne l'envisager que sous les mêmes rapports; aussi avons-nous eu un autre but.

Peu après nous être livré d'une manière suivie à l'observation, nous avons reconnu que dans le cours de la phthisie, comme dans celui des autres maladies chroniques, et plus encore, la plupart des fonctions offrent des dérangemens remarquables; que les organes qui

en sont chargés sont plus ou moins profondément altérés; que, sous ce double point de vue, l'histoire de la Phthisie était fort incomplète, ou presque entièrement à faire, et bientôt nous nous sommes proposé de remplir cette lacune. Plusieurs faits nous ont indiqué de bonne heure que la marche de la maladie pouvait encore être éclairée par des observations nouvelles, et ça été un motif de plus de nous livrer au travail dont nous présentons aujourd'hui le résultat.

Afin de le rendre utile, nous avons observé les phthisiques avec le même soin que nous mettrions à observer des malades atteints d'une affection encore peu connue; nous avons interrogé toutes les fonctions, nous sommes remonté, autant que cela nous a été possible, aux dérangemens éprouvés par chacune d'elles, antérieurement à l'époque à laquelle nous examinions les malades, et après leur mort, nous avons étudié tous leurs viscères avec une égale attention. Cette méthode était longue, mais facile et sûre : elle devait conduire à des résultats exacts, et cette certitude nous a rendu légère la fatigue qui lui est attachée.

Pénétré de l'importance des faits négatifs, nous rappelant l'embarras et les regrets de

Morgagni, quand, examinant les observations de Walsalva, il n'y trouvait pas indiqués certains faits de ce genre, nous les avons recueillis avec autant de soin que les faits positifs les plus intéressans; nous avons même noté indistinctement tout ce que les malades nous racontaient sur l'altération de leur santé à une époque quelconque de leur existence, pourvu, toutefois, que les circonstances du récit indiquassent son exactitude; laissant à une autre époque et à l'autopsie cadavérique le soin d'indiquer les faits à conserver ou à supprimer.

Il est facile de se faire une idée juste de l'importance des faits négatifs, si l'on réfléchit qu'assez souvent des organes, dont la structure est profondément altérée, ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable, et que, si cette absence de symptômes n'a pas été notée d'une manière expresse, on ne sait plus à quoi s'en tenir après la mort des malades. De là aussi la nécessité d'interroger toutes les fonctions, celles dont l'exercice est plus ou moins troublé, et celles dont les organes ne donnent aucun signe de souffrance: une autre méthode peut bien suffire pour vérifier ce que les observateurs ont dit, mais elle ne saurait conduire plus loin.

Pour éviter toute espèce de doute sur la valeur de nos notes, nous y avons toujours indiqué le degré de développement des facultés intellectuelles des malades; bien décidé, quand il s'agirait de faits antérieurs à l'époque à laquelle ils étaient sous nos yeux, à ne faire usage que des observations relatives à ceux chez lesquels ces facultés, et surtout la mémoire, avaient un certain degré de développement.

Nous avons apporté beaucoup de soin dans la manière d'interroger les sujets, car il y a telle question qui dicte presque infailliblement la réponse. Ainsi, quand, par exemple, nous voulions savoir si un malade éprouvait de la douleur ou du mal-aise dans un des côtés de la poitrine, nous lui parlions d'abord du côté où nous supposions que la douleur n'existait pas; si, alors, il indiquait le côté opposé comme siége de ses souffrances, nous regardions le fait comme certain, et nous en prenions note. Quand il s'agissait de dates un peu anciennes et importantes à connaître, nous y revenions à plusieurs reprises, demandant chaque fois aux malades, non s'ils éprouvaient tel symptôme depuis telle époque, mais depuis quand ils éprouvaient ce symp-

tôme. On sent, en effet, qu'à la première question, un malade, ennuyé ou fatigué, peut répondre indifféremment oui ou non, tandis qu'à la seconde il est obligé de réfléchir, et ne peut pas si aisément induire en erreur par une réponse faite au hasard.

Après la mort nous avons décrit, avec toute l'exactitude dont nous sommes capable, la situation, la forme, la couleur, la consistance, l'épaisseur des organes, en un mot, toutes les altérations de tissu qu'ils pouvaient offrir; et pour cela, nous n'avons jamais procédé à l'examen des viscères, le cerveau excepté, en place. Dans cette situation en effet, le jour éclaire mal les objets qu'on examine; s'il s'agit d'organes membraneux, minces, composés de plusieurs tissus, comme l'estomac ou l'intestin, on ne peut apprécier leur épaisseur et leur consistance, il est difficile de les explorer dans toute leur étendue; beaucoup d'objets, entre autres les ulcérations peu considérables, échappent presque inévitablement. Dans ces cas il faut, pour les bien voir, non-seulement enlever les organes, mais encore les priver, par de nombreux lavages, des matières qui les recouvrent, quelquefois même les faire dégorger

ensuite dans l'eau une heure ou deux, ce que nous avons presque constamment fait.

L'histoire du ramollissement du cerveau suffit pour montrer de quelle importance est l'examen des divers degrés de mollesse ou de fermeté des organes. On sait, en effet, que le cerveau peut être ramolli et presque liquéfié dans une certaine étendue, sans changer très-sensiblement de couleur, en sorte que, se borner, dans l'examen de ce viscère, à cette seule circonstance, serait véritablement n'avoir rien fait. Il faut en dire autant des membranes muqueuses qu'on trouve quelquefois molles comme du mucus, sans que la blancheur qui leur est naturelle soit altérée.

C'est en nous appliquant ces principes que nous avons cru devoir renoncer, sous certains rapports, aux observations que nous avons recueillies à la fin de 1821 et au commencement de 1822. Alors, en effet, nous négligions fréquemment de noter les divers degrés de consistance des membranes muqueuses, nous n'avions pas encore fixé notre attention sur quelques-uns des états pathologiques de l'estomac, et en faisant usage de pareils faits, nous serions inévitablement tombé dans l'erreur, nous aurions énoncé des résultats

inexacts : enfin, toutes les fois que, sous le point de vue qui nous occupait, une observation nous a semblé incomplète ou dépourvue du degré d'exactitude que nous croyons nécessaire, nous y avons renoncé ; ce qui explique comment nos relevés ne portent pas tous sur le même nombre de faits.

L'épaississement des tissus est encore une des circonstances qu'il importe le plus de remarquer, et c'est quelquefois la seule lésion appréciable des organes ; témoin l'hypertrophie du cœur dans certains cas, et l'épaississement de la tunique sous-muqueuse du gros intestin, dont nous parlerons. Considérée *isolément*, la rougeur offre beaucoup moins d'intérêt, bien que plusieurs médecins, et parmi eux des plus habiles, se bornent encore aujourd'hui, dans la description des organes membraneux, à indiquer leur coloration. La rougeur, en effet, peut tenir à des causes variées, dépendre de l'inflammation, ou bien, avoir pour cause une simple congestion, et ne dater que des derniers momens de la vie. On a la preuve de cette dernière assertion dans certains cas de mort subite, chez des sujets qui, quelques minutes avant de mourir, présentaient tous les attributs de la santé, et chez lesquels la membrane muqueuse gastro-intesti-

nale, par exemple, était plus ou moins rouge : mais aussi alors elle n'était ni épaissie, ni ramollie, tandis qu'il y a ordinairement rougeur, épaississement et ramollissement dans les cas où les symptômes de l'inflammation de cette membrane ont été très-prononcés. D'où il suit que la rougeur ne signifie quelque chose, qu'autant qu'elle est accompagnée de quelque altération dans la consistance et dans l'épaisseur des tissus, et que, dans le cas où celles-ci n'ont souffert aucun changement, il n'est possible de soupçonner la cause de la rougeur qu'à l'aide des symptômes. Ajoutons, pour mieux faire ressortir l'importance des lésions dont il s'agit, qu'après la mort la rougeur peut disparaître, tandis que l'épaississement et le ramollissement des tissus ne varient pas.

Les observations qui servent de base à nos recherches ont été prises à l'hôpital de la Charité, à partir des trois derniers mois de 1821. Depuis cette époque, nous avons recueilli l'histoire de tous les malades admis dans le service de M. Chomel, service composé de quarante-huit lits également partagés entre les hommes et les femmes. Toutes l'ont été d'après les mêmes principes, avec les mêmes détails, et comme il ne nous semblait

pas possible de concilier l'exactitude de ce travail avec la pratique de la médecine, nous avons, pour un temps du moins, renoncé à cette dernière. Dès-lors, nous avons passé régulièrement de trois à quatre et quelquefois cinq heures par jour à l'hôpital, consacrant au moins deux heures à chaque autopsie cadavérique; et quoique l'usage ait dû nous familiariser avec les recherches anatomiques, nous n'y mettons pas moins de temps aujourd'hui qu'il y a deux ans, persuadé que, pour bien voir, il ne faut pas voir rapidement; que le seul moyen de rectifier des erreurs inévitables, est de remettre sans cesse en question ce qu'on a vu, et par conséquent d'observer toujours les mêmes objets comme si on les voyait pour la première fois.

En comparant nos dernières observations avec celles que nous avons recueillies autrefois, nous avons pu nous convaincre de l'avantage qu'il y aurait à n'observer, du moins quand il s'agit d'écrire, que dans un âge où l'on peut mettre aux choses leur véritable prix, quand déjà l'expérience nous a mis en garde contre les illusions et les théories de toute espèce, que le premier besoin est celui de la vérité. Nous n'aimions pas moins l'étude autrefois qu'aujourd'hui, mais une

théorie présentée avec art n'était pas sans attrait pour nous; l'exactitude nous était moins nécessaire, et nous mettions moins de temps à nous assurer des faits. Ces dispositions, si contraires à la bonne observation, tenaient à-la-fois à l'âge et au défaut d'expérience : peu de personnes y échappent, et nous croyons, par cela même, qu'on devrait, généralement, accorder moins de confiance aux observations recueillies par les trop jeunes gens, surtout ne pas les charger exclusivement de ce travail. Car, outre les inconvéniens de l'âge, il est encore vrai de dire qu'on ne peut observer pour les autres avec le même zèle, la même assiduité, la même exactitude qu'on mettrait à observer pour son propre compte. D'ailleurs, voyons autour de nous : le physicien qui veut contribuer aux progrès de la science fait-il faire ses expériences par un autre? Le chimiste confie-t-il le soin de ses analyses à celui qui entre dans la carrière? Et si, comme cela est en effet, il y a une analogie parfaite entre le médecin qui observe, le physicien qui expérimente, et le chimiste qui analyse, pourquoi suivraient-ils une marche différente? Ce n'est pas assez de savoir qu'il faut des observations particulières en médecine, si l'on n'est convaincu que, pour en

recueillir de bonnes, il faut beaucoup de zèle, de temps et d'habitude. Il faut de l'habitude, car, recueillir des observations est aussi un *métier* qui, comme tous les autres, s'apprend et ne se devine pas.

On nous pardonnera peut-être d'avoir insisté sur le soin que nous avons mis à recueillir nos observations, et sur la défiance avec laquelle il faut recevoir une partie de celles qu'on publie journellement, si l'on réfléchit que l'édifice de la médecine repose tout entier sur des faits, et que la vérité ne peut sortir que de ceux qui ont été bien et complètement observés. Alors, et seulement alors, on peut voir, dans une suite d'observations, les données d'un problème à plusieurs inconnues dont il faut trouver la valeur : et comme en mathématiques cette valeur ne change pas avec les personnes qui s'occupent de la solution du problème, on doit nécessairement aussi, en médecine, obtenir des résultats identiques de l'analyse des mêmes observations; seulement, là où un esprit ordinaire ne trouvera qu'un petit nombre de faits généraux, un esprit supérieur en découvrira un grand nombre, parce qu'il aura examiné les faits particuliers sous des aspects plus variés : mais il est inévitable que des ob-

servations exactes, étudiées sous le même point de vue, conduisent à des conclusions identiques ceux qui s'en occupent. Tout n'est donc pas obscurité ou incertitude en médecine, quand on étudie des observations exactes; mais quels résultats obtenir de la considération de faits douteux, incomplets ou faux?

D'ailleurs, la marche à suivre pour arriver à la solution du problème n'a, comme on sait, rien d'arbitraire et d'incertain; elle consiste presque uniquement à rapprocher les symptômes qui décèlent le trouble d'une même fonction, et si le sujet succombe, à les comparer à l'état de l'organe qui en est chargé. Si cet organe est plus ou moins profondément lésé, si sa lésion, par son caractère et par son étendue, explique le dérangement des fonctions, et qu'aucune autre ne puisse en rendre compte, on la considère comme la cause des symptômes observés; si, au contraire, la fonction a été troublée sans que l'organe ait subi d'altération appréciable, il faut bien alors rapporter le trouble à une influence sympathique, ou à un état général du sujet. Ainsi, par exemple, bien que l'anorexie soit un des symptômes de la gastrite, comme on l'observe assez souvent chez les phthisiques, sans que la

membrane muqueuse de l'estomac offre de lésion appréciable, force est de conclure, dans ce cas, que l'anorexie est sympathique, ou dépend de l'état général du sujet, comme de la fièvre, et qu'une fonction peut être dérangée, même pendant un espace de temps considérable, sans qu'il y ait altération de structure de l'organe qui en est chargé.

Rien de plus simple, mais aussi rien de plus fatigant que cette méthode; car, que de tableaux, que d'analyses particulières n'exige-t-elle pas? Et c'est presque uniquement à ce travail, tout mécanique, que nous avons réduit le nôtre sur l'ensemble des faits que nous avons recueillis, persuadé que l'ouvrage le plus utile serait l'analyse la plus fidèle du plus grand nombre possible d'observations exactes sur un objet déterminé.

Celles dont nous offrons aujourd'hui le résultat sont au nombre de cent vingt-trois. Cinquante d'entre elles ont été placées, comme pièces justificatives, dans le cours de l'ouvrage; et comme dans notre manière de voir l'histoire d'un malade n'est véritablement complète qu'autant qu'elle donne une idée, au moins succincte, de l'état de toutes les fonctions, nous avons décrit, avec autant de briéveté qu'il nous a été possible, dans nos

observations, l'état de souffrance ou de liberté des différens organes. Cela nous a semblé d'autant plus indispensable, que presque toutes sont des exemples de complications plus ou moins nombreuses, qu'il fallait savoir à quoi s'en tenir sur leur influence mutuelle; que si nous nous fussions borné à un seul ordre de symptômes, nous aurions dû aussi, dans l'exposé des lésions, nous réduire à un seul ordre d'organes; qu'une pareille méthode aurait privé nos observations d'une partie de l'intérêt qu'elles peuvent offrir; qu'on aurait pu les croire recueillies avec négligence. Ajoutons que nos recherches, portant sur un assez grand nombre d'objets, plusieurs d'entre eux auraient paru manquer de base, si, dans chaque observation, nous n'eussions donné de détails que sur un seul point.

Pour que la lecture n'en fût pas trop fatigante, nous les avons rédigées sur un même plan, de la manière suivante. Dans un premier alinea, nous exposons l'état des fonctions avant l'entrée du sujet à l'hôpital, à partir du jour où il a cessé d'être bien portant; dans un autre, nous disons ce qu'elles offraient de remarquable le jour où nous avons vu le malade pour la première fois; et dans autant d'alinea séparés, nous faisons l'histoire de

chacune d'elles depuis ce dernier jour jusqu'à la mort : enfin, pour ce qui regarde les lésions anatomiques, nous exposons aussi, dans autant d'alinea, ce que l'état extérieur, la tête, le cou, la poitrine et le ventre nous ont offert d'important. De cette manière, la confusion est évitée, chaque objet de la description a une place à part, et si l'on veut revenir sur les symptômes qui appartiennent à telle ou telle lésion, il n'est besoin de relire qu'un alinea.

Dans l'impossibilité de faire connaître toutes les observations qui servent de base à nos recherches, nous avons suivi, dans l'exposition des faits, une marche un peu différente de celle que nous aurions adoptée dans toute autre circonstance. Nous avons divisé notre travail en deux parties, et comme l'anatomie est le plus ferme appui de la pathologie, nous avons commencé l'analyse des faits par la description générale des lésions des viscères. Ainsi, nous avons exposé successivement celles des poumons, des bronches, des plèvres, de la trachée-artère, du larynx, de l'épiglotte; puis nous nous sommes occupé de celles de l'appareil digestif, etc., etc. Et comme il nous importait, non-seulement de décrire toutes les lésions, mais encore de sa-

voir si celles qui existaient hors des poumons étaient propres à la phthisie, nous avons recherché ce qui avait lieu à cet égard chez les sujets morts de toute autre maladie chronique dont nous avons recueilli l'histoire ; nous avons comparé les faits entre eux, et de ce nouveau travail est résultée la connaissance de quelques faits généraux qui ne sont peut-être pas sans importance.

Nous avons donné le rapport dans lequel chacune des lésions avait été observée ; en sorte que notre ouvrage est, dans toutes ses parties, une sorte de statistique de la phthisie.

A la suite de la deseription de presque toutes les lésions, nous avons examiné les causes qui pouvaient les avoir amenées.

Enfin, dans un résumé rapide, nous avons mis sous les yeux du lecteur l'ensemble des faits de cette première partie.

La seconde est consacrée à l'histoire des symptômes. Nous l'avons commencée par l'exposition de ceux de la phthisie dégagée de complications, et nous avons insisté sur son diagnostic dans sa première période ; puis nous nous sommes occupé des symptômes qui accompagnent les ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère ; de ceux qui

appartiennent aux différentes lésions de la membrane muqueuse de l'estomac, etc., etc. De là nous sommes passé à l'étude des anomalies que présente la phthisie dans sa marche aiguë ou latente, à la description des accidens qui se manifestent lors de la perforation du parenchyme pulmonaire, par suite de la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité des plèvres ; nous avons exposé plusieurs cas de mort subite : nous avons cherché, par le rapprochement des faits, à apprécier la valeur de quelques-unes des causes auxquelles on attribue le développement des tubercules pulmonaires, et nous avons fini par exposer d'une manière très-succinte le traitement des malades dont nous avons analysé l'histoire.

Notre premier dessein était de ne donner à notre travail que l'étendue d'un simple mémoire, et, par conséquent, de n'exposer qu'un petit nombre de faits particuliers ; de cette manière, plusieurs de nos propositions seraient demeurées sans preuves, et nous aurions manqué au devoir le plus essentiel de celui qui écrit sur un sujet quelconque. C'est par le conseil de M. Chomel que nous avons été porté à donner plus d'étendue à nos recherches ; ses avis nous ont encore été utiles sous

d'autres rapports dans la rédaction de l'ouvrage ; et nous sommes heureux de pouvoir lui en témoigner ici notre reconnaissance.

Enfin, et nous le disons avec le sentiment d'une profonde conviction, une main plus habile aurait su répandre plus d'intérêt sur la longue série de lésions et de symptômes que nous avons décrits, mais elle n'y aurait mis ni plus d'impartialité, ni plus d'exactitude (1).

---

(1) L'ouvrage que nous publions a été présenté à l'Académie royale de Médecine, et le rapport qui lui en a été fait se trouve en entier dans la *Revue Médicale*, n°. de Sept. 1825.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

SECTION DE MÉDECINE.

RAPPORT

Fait à l'Académie Royale de Médecine sur un manuscrit intitulé : Recherches anatomico-pathologiques sur la Phthisie ; *par* M. Louis (1).

Vous nous avez chargés, MM. Bourdois, Royer-Collard et moi, de vous faire un rapport sur un manuscrit de M. Louis, intitulé : *Recherches Anatomico-Pathologiques sur la Phthisie.* Ce sujet a été traité d'une manière si profonde par Bayle, que celui qui tente après lui d'écrire sur la même matière sera presque inévitablement l'objet d'une prévention défavorable ; mais cette prévention cesse bientôt, quand on voit quelles circonstances ont porté M. Louis à écrire sur cette matière, et à quels résultats ses observations l'ont conduit.

Parvenu à l'âge où la plupart des médecins cessent de suivre les hôpitaux, et surtout de recueillir des observations, pour se livrer exclusivement à la pratique, M. Louis a quitté la pratique pour se consacrer entièrement à l'étude des faits.

Depuis le mois d'octobre 1821 jusqu'à l'époque actuelle, il a recueilli avec un soin scrupuleux l'histoire de tous les malades admis dans les salles Saint-Jean et Saint-Joseph de l'hôpital de la Charité. Le nombre de ces malades s'élève à 1960, entre lesquels 358 ont succombé. Parmi ces derniers 127 sont morts phthisiques, et 40 autres, qui ont été em-

---

(1) Nous avons cru faire plaisir au lecteur en lui offrant ce Rapport, que nous avons extrait de la *Revue Médicale*, où il a été inséré, dans le numéro de septembre 1825. (*Les* Libraires-Éditeurs.)

portés par des maladies différentes, avaient des tubercules dans les poumons. Cette lésion existait donc chez presque la moitié des sujets qui ont succombé, et elle a été chez un tiers d'entre eux la cause principale, sinon exclusive, de la mort. Le rapprochement d'un aussi grand nombre de faits, qu'il n'avait d'abord recueillis que pour sa propre instruction, a présenté à M. Louis des résultats assez importans pour qu'il ait cru devoir en faire hommage à l'Académie.

Son travail est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'examen des lésions anatomiques, observées dans les poumons et les autres organes ; la seconde, à l'exposition des symptômes qui se rattachent à chacune de ces lésions. L'auteur y a joint quelques considérations relatives à l'histoire générale de la phthisie, à ses causes, à sa durée ; et parmi les observations qu'il a recueillies, et qui forment la base de son travail, il en a choisi cinquante, qu'il a rapportées comme pièces à l'appui des résultats qu'il présente.

C'est seulement de la phthisie tuberculeuse qu'il traite : il pense, avec M. Laennec, que les granulations de Bayle ne sont que des tubercules commençans, et que le cancer, l'ulcération, la mélanose et les calculs des poumons doivent être rapportés à d'autres ordres de maladies.

Première partie. Les lésions anatomiques observées dans les poumons ont été si bien décrites par Bayle et par M. Laennec, que l'auteur s'est borné à une description très-succincte dans laquelle on trouve néanmoins plusieurs remarques qui lui sont propres. Il a remarqué, par exemple, que non-seulement les tubercules affectent spécialement, comme on l'a dit, le sommet des poumons, mais encore que dans le cas où ils envahissent leurs divers lobes, ceux qui occupent le sommet sont plus nombreux et plus gros, et qu'ils se ramollissent à une époque où ceux de la base sont encore durs. Il fait ainsi observer que les différences relatives au nombre, au volume, et à l'état plus ou moins avancé des tubercules,

s'appliquent plus exactement au lobe supérieur comparé à l'inférieur, qu'au sommet comparé à la base. Il a plusieurs fois rencontré le lobe supérieur entièrement désorganisé, et à la même hauteur, les parties correspondantes du lobe inférieur encore perméables à l'air et parsemées seulement de quelques tubercules. A la suite de ces remarques viennent deux observations curieuses, l'une dans laquelle une large excavation était remplie par un caillot fibrineux, l'autre dans laquelle un fragment de tissu pulmonaire, parfaitement sain en apparence, était renfermé dans une caverne, sans adhérence d'aucun côté à ses parois.

Le conduit aérien a offert à M. Louis des lésions qui n'avaient été qu'incomplètement décrites par Bayle. Sur cent sujets, ce médecin n'avait trouvé de lésion au larynx que dans dix-sept cas; les ulcérations de la trachée-artère sont bien plus rares, selon lui, et il n'indique même pas la proportion des cas dans lesquels il les a rencontrées; il ne dit rien de celles de l'épiglotte. Sur 102 sujets, M. Louis a trouvé dix-huit fois l'épiglotte ulcérée, le larynx vingt-trois, et la trachée-artère trente-une. Dans plusieurs cas, il a vu les ulcérations de la trachée-artère occuper toute sa portion charnue, et chez un sujet plusieurs cerceaux cartilagineux complètement détruits dans une partie de leur étendue par les progrès de l'ulcère. Quant à la membrane muqueuse des bronches, elle ne lui a offert le plus souvent aucune altération dans le voisinage des tubercules crus, tandis que près des excavations, et surtout de celles qui sont très-grandes, et qu'il est naturel de considérer comme anciennes, cette membrane est presque toujours épaissie et rouge. Il en conclut que l'inflammation de la muqueuse bronchique étant postérieure à la fonte des tubercules, ne peut être considérée comme la cause qui produit ces derniers, mais bien plutôt comme l'effet de l'irritation déterminée sur elle par la matière que les excavations versent dans ces conduits. La dispo-

sition des ulcérations de la trachée, qui sont plus nombreuses et plus larges à sa paroi postérieure, celle des ulcérations de l'épiglotte, qui occupent à-peu-près exclusivement la surface laryngée, donnent lieu de croire, suivant M. Louis, que l'irritation déterminée sur ces parties par le contact des crachats est une des causes qui les produit.

Chez le dixième des sujets, le parenchyme pulmonaire était le siége d'une inflammation aiguë survenue dans les derniers jours de l'existence.

Les adhérences de la plèvre, qui sont si communes chez les phthisiques, ont particulièrement attiré l'attention de l'auteur. Il n'a trouvé qu'un seul cas où les deux poumons fussent parfaitement libres. Il a observé généralement une sorte de proportion entre les adhérences et le désordre intérieur : quand les adhérences étaient faibles et légères, l'examen des poumons n'offrait que de très-petites excavations; quand les poumons étaient partout et fortement adhérens, ils présentaient presque toujours de vastes cavernes.

On a fait depuis long-temps l'observation que les tubercules se développent souvent dans plusieurs organes à-la-fois, et que chez les phthisiques, en particulier, il s'en rencontrait fréquemment dans d'autres parties, en même temps que dans les poumons. Bayle avait constaté la présence de la matière tuberculeuse dans les intestins; mais personne n'avait encore présenté les résultats numériques que contient l'ouvrage de M. Louis. Il a reconnu la présence des tubercules ou de la matière tuberculeuse,

Dans l'intestin grêle, chez près du tiers des sujets.
Dans le gros intestin, chez le neuvième.
Dans les glandes mésentériques, chez le quart.
Dans les glandes cervicales, chez le dixième.
Dans les glandes lombaires, chez un douzième.
Dans la prostate, chez un treizième.
Dans la rate, chez un quatorzième.

Dans les ovaires, sur un vingtième.
Dans les reins, sur un quarantième.
Dans la matrice, le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, les uretères, } chez un seul sujet.

Ces recherches, faites avec un soin presque minutieux, ont conduit M. Louis à un résultat fort important. Aucun des 358 sujets qu'il a ouverts n'a présenté de tubercules dans un organe quelconque, qu'il n'en eût aussi dans les poumons. Les concrétions tuberculeuses qui se forment dans les inflammations chroniques des membranes séreuses n'ont pas même fait exception. L'examen attentif des poumons a fait reconnaître, dans tous les cas de ce genre qui se sont présentés à M. Louis, l'existence de tubercules dans ces organes. Chez un seul individu, mort de fièvre grave, et dont les poumons ont paru sains, les glandes mésentériques contenaient quelques grains tuberculeux. Cette observation, faite sur plus de 350 sujets, âgés de plus de quinze ans, sera-t-elle applicable aux enfans ? C'est ce que de nombreuses ouvertures de cadavres pourront seules décider.

L'étude anatomique des organes qui ne sont pas le siége spécial de la phthisie a fourni à M. Louis plusieurs autres faits intéressans.

Le cœur n'a offert d'augmentation de volume que sur trois sujets, et cette augmentation avait lieu dans le ventricule gauche. Dans le petit nombre de cas où le cœur a offert quelque changement d'épaisseur, c'était aussi presque toujours du côté gauche que cette lésion existait. Ces faits montrent la valeur des suppositions théoriques de quelques auteurs, qui considèrent l'endurcissement tuberculeux des poumons comme une des causes les plus actives des maladies du cœur en général, et particulièrement des cavités

droites. Chez la plupart des phthisiques, M. Louis a trouvé le cœur diminué dans la même proportion que les autres viscères. L'aorte, mesurée comparativement, et dans toute sa longueur, chez les phthisiques et chez les sujets qui avaient succombé à des affections différentes, s'est trouvée plus étroite chez les phthisiques que sur les individus morts d'affections aiguës, mais moins étroite que chez ceux qui avaient succombé à des affections cancéreuses. Chez un quart des sujets, l'aorte a présenté une rougeur remarquable de sa face interne, mais sans changement de consistance et d'épaisseur dans ses membranes. Ces lésions n'ont pas été signalées par Bayle, non plus que celles du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, dont il est ensuite question.

Les ulcérations de l'œsophage et du pharynx se sont présentées deux fois seulement. L'œsophage a offert, de plus, chez trois sujets, un amincissement avec ramollissement de ses membranes à son extrémité cardiaque. Les ulcérations du pharynx et de l'œsophage n'ont été rencontrées chez aucun des individus qui ont succombé à d'autres maladies chroniques : elles ne se sont montrées que chez des phthisiques et chez des sujets morts de fièvres graves.

Sur quatre-vingt-seize sujets dont l'estomac a été examiné avec soin, M. Louis a trouvé neuf fois le volume de ce viscère double ou triple de ce qu'il est ordinairement ; la grande courbure descendait au niveau de la crête de l'os des îles. Le même changement, dans la grandeur et la position de l'estomac, ne s'est rencontré que deux fois chez les sujets qui avaient succombé à d'autres maladies. Mais bien que ce phénomène soit assez remarquable, l'estomac offre dans sa structure des lésions beaucoup plus importantes, et qui déjà ont été signalées dans le Mémoire de l'auteur sur le Ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Cette membrane, attentivement examinée chez quatre-vingt-seize phthisiques, a offert chez soixante-dix-

cept d'entre eux des lésions notables, telles que le ramollissement avec amincissement, la rougeur avec épaississement, un aspect mamelonné, etc., : dans deux cas, elle a présenté des ulcérations sans aucun changement de structure ou de couleur. Cette même membrane examinée comparativement chez un nombre à-peu-près égal de sujets qui avaient succombé à d'autres maladies chroniques, n'a offert d'altérations que dans la moitié des cas : ces altérations étaient moins considérables ; le ramollissement avec amincissement, qui, sur quatre-vingt-seize phthisiques, s'est rencontré dix-neuf fois, n'a été observé que six fois parmi quatre-vingt-quatorze individus morts de maladies chroniques autres que la phthisie. Les lésions de l'estomac ont ainsi été beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves chez les phthisiques.

Le *duodénum* a présenté trois fois des ulcérations, et dans un certain nombre de cas une augmentation de volume de ses cryptes muqueuses.

L'étude des lésions anatomiques dont les *intestins grêles* sont fréquemment le siége, a conduit M. Louis à fixer son attention sur les plaques elliptiques formées par l'agglomération des cryptes muqueuses dont quelques anatomistes ont parlé, mais auxquelles on n'a pas généralement attaché l'importance qu'elles méritent. M. Louis a reconnu que ces plaques qui existent dans l'état sain, et qui sont situées à l'opposite du mésentère, ne participent que fort peu aux lésions de la membrane muqueuse qui les entoure, et sont souvent le siége de lésions auxquelles cette membrane n'a point de part. Ces plaques sont le siége le plus ordinaire des ulcérations, soit chez les phthisiques, soit chez les sujets atteints de fièvres graves. M. Louis a trouvé ces ulcérations chez les cinq sixièmes des phthisiques, ce qui porte à croire qu'il a examiné ces organes avec plus de soin encore que ne l'avait fait le scrupuleux Bayle, qui n'avait trouvé de lésions des intestins que chez les deux tiers des sujets. Ces ulcères

ont encore offert dans leur développement cette circonstance remarquable, que quand ils étaient bornés à la muqueuse, la tunique celluleuse était fort épaissie, et que lorsqu'ils avaient détruit celle-ci, la tunique musculaire présentait le même épaississement; en sorte qu'en même temps qu'une des membranes s'ulcérait, l'autre acquérait une plus grande épaisseur, et retardait ainsi la perforation de l'intestin. La membrane muqueuse présente, en outre, quelquefois de la rougeur; elle est rarement ramollie et épaissie.

Le *gros intestin* a offert un peu moins fréquemment que l'intestin grêle des ulcérations; mais ces ulcérations y étaient plus larges. Plusieurs fois M. Louis a trouvé le cœcum et le colon ascendant ulcérés dans toute leur étendue. Le ramollissement de la membrane muqueuse s'y est montré plus fréquemment que dans l'intestin grêle : il existait chez les trois quarts des sujets.

La dégénérescence tuberculeuse des *glandes lymphatiques* du mésentère a été reconnue, comme nous l'avons dit, sur le quart des sujets, qui, tous, avaient des ulcères dans les intestins; mais il s'en faut que les tubercules aient toujours été en proportion avec le nombre et la grandeur des ulcères. Dans un cas, en particulier, où toutes les glandes mésentériques étaient tuberculeuses, il n'y avait dans tout le conduit intestinal qu'un fort petit ulcère d'une ligne de diamètre, qui occupait l'intestin grêle, la membrane muqueuse étant d'ailleurs parfaitement saine dans toute son étendue. Chez beaucoup de sujets dont les intestins étaient ulcérés, il n'y avait aucune glande mésentérique tuberculeuse.

L'auteur n'a pas trouvé un rapport plus constant entre la présence d'ulcères dans la trachée et l'existence de tubercules dans les glandes cervicales. Il en conclut que la dégénérescence tuberculeuse des glandes lymphatiques doit être rapportée à d'autres causes que l'inflammation ou l'ulcération des membranes voisines.

L'*état graisseux du foie* signalé par Bayle, qui n'en a pas rigoureusement déterminé la fréquence, est une des lésions les plus remarquables qui aient lieu dans la phthisie : elle semble, pour ainsi dire, propre à cette affection. M. Louis l'a constatée chez les deux tiers des phthisiques, tandis que sur deux cent vingt individus qui ont succombé à des maladies autres que la phthisie, il ne l'a rencontrée que deux fois. Il a aussi été conduit à reconnaître qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de neuf à deux. Le duodénum était sain dans la grande majorité des cas. Ce fait n'est pas indifférent aujourd'hui qu'on a annoncé que les maladies des organes glanduleux étaient toujours consécutives à celles des membranes voisines.

La *rate* a offert dans cette affection, comme dans beaucoup d'autres, de fréquentes altérations de consistance et de volume. Plusieurs fois, comme nous l'avons vu, la dégénérescence tuberculeuse y a été observée, ainsi que dans le foie, les reins, les uretères, la prostate, les vésicules séminales, les ovaires et l'utérus.

Le *péritoine* a présenté chez quatre individus des traces d'inflammation récente. Chez un autre il a offert des granulations miliaires demi-transparentes. Dans un cas, les deux replis de cette membrane, connus sous le nom d'épiploon et de mésentère, étaient formés de matière tuberculeuse et de matière grise demi-transparente imparfaitement mélangées, et avaient acquis l'épaisseur d'un pouce et plus.

Le *cerveau* a aussi offert quelques lésions remarquables. Chez les trois quarts des sujets les ventricules latéraux contenaient d'une à trois cuillerées de sérosité, et le tissu sous-arachnoïdien de la partie supérieure du cerveau était infiltré. Chez cinq sujets le cerveau était ramolli en totalité ; chez cinq autres, le ramollissement était partiel, pulpeux et borné au centre. L'amas de petites granulations qu'on

trouve souvent au sommet du cerveau, sur les côtés du sinus longitudinal supérieur, et qui est regardé par quelques anatomistes comme de nature glanduleuse, paraît à M. Louis devoir être rapporté aux productions morbides. Il appuie cette opinion, 1°. sur leur absence complète chez beaucoup d'individus; 2°. dans les cas où ils existent, sur l'inégalité qu'ils présentent dans leur développement, et sur l'altération qu'offre constamment l'arachnoïde autour d'eux; elle est épaissie et opaque.

Cette première partie de l'ouvrage de M. Louis est terminée par une discussion, dans laquelle il examine quelles sont celles de ces diverses lésions qu'on doit considérer comme propres à la phthisie, et celles qu'on doit regarder comme accidentelles. Il rapporte aux premières les adhérences des poumons, ou du moins celles du sommet dans beaucoup de cas, les ulcères des voies aériennes et digestives, la dégénérescence graisseuse du foie et l'affection tuberculeuse partout où elle s'est montrée; aux secondes, la péripneumonie, la pleurésie aiguë, le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, la péritonite, l'arachnitis et le ramollissement du cerveau.

Deuxième partie. Après avoir fait une description succincte de la phthisie, toujours d'après les faits qu'il a recueillis, l'auteur examine en particulier quelques-uns de ses principaux symptômes, et fixe, d'après ses observations, leur fréquence, l'époque de leur apparition, et quelques autres circonstances dont les auteurs n'ont parlé jusqu'ici que d'une manière vague.

L'*hémoptysie*, par laquelle il commence, s'est montrée chez les deux tiers des sujets phthisiques: chez le cinquième, elle a paru avant la toux et les crachats. Parmi les 1960 individus dont l'auteur a recueilli l'observation, aucun de ceux qui n'étaient pas phthisiques n'avait eu d'hémoptysie, à part quelques individus, par suite de violence extérieure, telle qu'une contusion sur la poitrine, ou une chute, et un petit

nombre de femmes, par suite de la suppression des règles. L'auteur en conclut, qu'à part les cas précités, une hémoptysie abondante rend *très-probable* l'existence des tubercules dans les poumons. Vos Commissaires estiment que cette terrible conséquence est heureusement infirmée par beaucoup d'autres faits. Du reste, l'hémoptysie s'est montrée plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de 3 à 2.

Les *douleurs* de poitrine qu'éprouvent les phthisiques peuvent être rapportées aux tubercules pulmonaires ou aux adhérences de la plèvre ; et comme ces deux genres de lésions sont presque toujours réunis, il est difficile de déterminer par l'ouverture des corps quel est celui qui produit la douleur. La vive sensibilité de la plèvre et l'absence bien constatée de douleurs dans un grand nombre de cas de tubercules extérieurs ou intérieurs, portent à croire que ce phénomène a son siége dans la membrane extérieure des poumons, plutôt que dans leur parenchyme. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi : une femme, dont l'observation est rapportée dans cet ouvrage, avait éprouvé pendant les quinze jours qui précédèrent sa mort, des douleurs entre les épaules, et l'examen du cadavre n'offrit que des tubercules enkystés sans aucune adhérence, et, de plus, tous les sujets chez lesquels ces adhérences étaient bornées au sommet des poumons n'avaient point accusé, pendant leur vie, de douleurs de poitrine.

L'examen de l'*appareil fébrile* qui survient chez tous les phthisiques, dans la seconde période de la maladie, a présenté le résultat suivant. Les frissons ont eu lieu chez les cinq sixièmes des malades ; les sueurs chez les neuf dixièmes. L'opinion émise par les anciens auteurs, et répétée par tous les modernes, que les sueurs alternent avec la diarrhée, se trouve en opposition avec les faits observés par M. Louis, non-seulement dans la phthisie, mais encore dans les autres maladies. L'auteur a bien vu quelquefois la diarrhée diminuer

pendant deux à trois jours quand les sueurs paraissaient, mais bientôt elle reprenait son intensité première, sans que celles-ci perdissent rien de la leur. A propos de ces sueurs abondantes et prolongées, M. Louis fait la remarque fort naturelle qu'une fonction peut être pendant long-temps profondément altérée, sans que la structure de l'organe qui en est chargé offre de changement appréciable à nos sens.

Le *dévoiement* s'est montré chez tous les sujets, à part un sur trente sept. Quand il n'avait précédé la mort que de peu de temps, de cinq à vingt jours, par exemple, on ne trouvait ordinairement dans les intestins que de très-petits ulcères, et la membrane muqueuse était ramollie, souvent rouge et épaissie. Quand la diarrhée était ancienne et qu'elle avait été continue, il existait presque toujours de vastes et nombreux ulcères dans l'un ou l'autre intestin, quelquefois dans les deux. La diarrhée n'avait pas été moins forte quand les ulcères occupaient principalement l'intestin grêle, que quand ils étaient plus considérables dans le gros intestin; observation qui n'est pas indifférente aujourd'hui que quelques médecins systématiques ont placé dans le colon le siége exclusif de la diarrhée.

Les symptômes qui se rattachent au ramollissement de l'estomac, à la perforation du poumon, et au pneumo-thorax, qui en est la suite, et dont l'auteur a rapporté sept observations, aux ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée, sont l'objet d'un examen spécial. Nous ne vous entretiendrons pas des symptômes fournis par le ramollissement de l'estomac et par la perforation du poumon, sur lesquels M. Louis vous a présenté deux Mémoires particuliers; nous ne vous parlerons que des autres lésions.

Les sujets chez lesquels l'épiglotte était ulcérée avaient éprouvé une douleur fixe au niveau du sommet ou au-dessus du cartilage thyroïde, de la gêne dans la déglutition, portée quelquefois au point que les liquides refluaient par le nez.

Une douleur locale plus ou moins vive, et l'aphonie complète pendant un ou plusieurs mois, ont été les seuls signes de l'ulcération du larynx. Quant aux ulcères de la trachée, ils n'ont ordinairement, quelque grands qu'ils fussent, donné lieu à aucun symptôme particulier.

Les lésions de l'estomac ont déterminé des symptômes qui ont pu et qui pourront à l'avenir en faire reconnaître la présence pendant la vie. Chez un grand nombre de sujets, l'inappétence, la douleur épigastrique, et même les nausées et les vomissemens de bile ont signalé ces lésions. A l'égard des vomissemens, que tous les médecins avaient considérés comme provoqués exclusivement par la toux, M. Louis pense qu'ils peuvent avoir lieu, surtout au début de la maladie, sous l'influence de cette cause; mais il a observé qu'alors les malades ont de l'appétit, n'éprouvent pas de douleurs à l'épigastre et digèrent facilement. A l'aide de ces signes on distinguera d'une manière sûre les vomissemens sympathiques de ceux qui sont dus à la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac.

L'estomac étant très-souvent malade chez les phthisiques, et la phthisie étant une des maladies les plus communes, il était à la fois facile et intéressant de connaître quel rapport existait entre l'état de la langue pendant la vie et celui de l'estomac après la mort, et d'apprécier la valeur des assertions émises tous les jours à ce sujet. Sur quatre-vingt-seize individus, chez lesquels l'estomac a été examiné après la mort avec une attention scrupuleuse, ce viscère a paru sain dans dix-neuf cas; il a offert dans les soixante-dix-sept autres des lésions variées. Des dix-neuf sujets chez lesquels il était sain, neuf avaient eu pendant la vie la langue plus ou moins rouge. Chez un de ces derniers, la rougeur et la sécheresse de la langue avaient été portées au plus haut degré, avaient persisté depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa mort, qui eut lieu trente-deux jours après, et l'estomac fut

trouvé parfaitement sain sous tous les rapports. Parmi les soixante-dix-sept autres, chez lesquels l'estomac offrit, soit un simple ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse, soit une rougeur plus ou moins étendue avec ou sans mamelons, etc., trente-cinq seulement avaient eu la langue rouge pendant la vie, encore ne l'avait-elle été que très-passagèrement chez cinq d'entre eux. Il résulte de là que la rougeur a été observée un nombre de fois proportionnément égal chez les sujets dont l'estomac fut trouvé sain, et chez ceux qui offrirent une lésion grave de ce viscère.

Le diagnostic de la phthisie est facile à une époque avancée; tout le monde sait combien il est incertain, pendant la première période, et quelquefois pendant un temps fort long. M. Louis s'est particulièrement attaché à déterminer, par le rapprochement des faits qu'il a observés, les signes à l'aide desquels on peut d'abord soupçonner, puis reconnaître cette affection. Une toux sèche qui dure depuis plusieurs mois, un essouflement facile par la marche ou par l'action de parler, des douleurs plus ou moins vives dans le dos ou dans les côtés de la poitrine, une diminution notable de l'embonpoint et des forces, doivent faire fortement soupçonner l'existence des tubercules dans les poumons; s'il survient une ou plusieurs hémoptysies, il est à-peu-près certain que le sujet est phthisique. La percussion et l'auscultation sont très-propres alors à dissiper les doutes; si le son de la poitrine est obscur au-dessous de l'une des clavicules, dans une étendue peu considérable; si le bruit respiratoire y est plus faible et accompagné de quelques râles; ces deux phénomènes n'ayant lieu que dans ce point, où généralement les tubercules commencent à se développer, l'existence de ces tubercules ne peut plus être révoquée en doute. M. Louis rapporte ici l'histoire d'un malade, chez lequel, à l'aide de

ces signes, la maladie a été reconnue dix-sept jours après l'apparition des premiers symptômes.

Dans la seconde période, celle où les tubercules sont remplacés par les excavations, le diagnostic est généralement facile ; la pectoriloquie fournit un signe qui ne laisse pas d'incertitude. Toutefois il importe de se rappeler que la dilatation partielle de quelques bronches peut produire ce phénomène, et que pour établir son jugement d'une manière sûre, on doit joindre à ce signe tous ceux qui peuvent le confirmer. Une observation intéressante est rapportée à l'appui de ce précepte fort sage.

Dans d'autres articles, M. Louis présente des relevés intéressans relatifs à la durée de la maladie, aux circonstances dans lesquelles elle se rencontre le plus fréquemment, aux morts subites, qui ne sont pas très-rares chez les phthisiques, et dont l'examen cadavérique ne peut pas toujours rendre compte. Relativement à sa durée, il a remarqué qu'il mourait dans la première année un nombre de femmes proportionnément plus considérable que celui des hommes. Il a trouvé l'explication de cette différence dans la fréquence fort inégale, dans les deux sexes, de quelques lésions secondaires, telles que la dégénérescence graisseuse du foie et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, qu'il a rencontrés bien plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

Deux articles sont consacrés à la phthisie latente et à la phthisie aiguë. Cinq cas se sont présentés à l'observation de M. Louis, dans lesquels il ne s'est passé au plus que cinquante jours entre l'apparition des premiers symptômes et la mort des malades. Dans un de ces cas, la mort a même eu lieu au vingt-quatrième jour.

Enfin, dans un dernier chapitre, M. Louis a examiné avec les faits la question de la nature des tubercules, ques-

tion si souvent et si inutilement discutée à l'aide des raisonnemens et des inductions, et il a été conduit à conclure que la dégénérescence tuberculeuse des poumons est autre chose qu'une inflammation, ou que la conséquence d'une inflammation.

Nous bornons là cette analyse, dans laquelle nous n'avons pu vous présenter que les principaux résultats auxquels l'auteur a été conduit par ses observations.

Nous pensons que l'Académie, spécialement chargée de donner une bonne direction aux travaux des médecins, ne saurait trop encourager le nombre, toujours trop petit, de ceux qui, au lieu de s'abandonner avec la foule aux discussions systématiques, consacrent leur vie à recueillir des observations au lit des malades; à rechercher, après la mort, la trace des désordres qui l'ont précédée et amenée, et à déduire, des rapprochemens de ces faits, des conséquences rigoureuses.

Signé, BOURDOIS, ROYER-COLLARD, CHOMEL *rapporteur*.

Lu et approuvé en séance, du 12 juillet 1825, de la Section de Médecine.

Le Secrétaire de la Section, ADELON.

Pour copie conforme,

Le Secrétaire perpétuel, PARISET.

RECHERCHES

ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR

LA PHTHISIE.

Première Partie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1. Dans cette première partie, nous ferons successivement la description de toutes les lésions observées dans les différens appareils d'organes, et nous y joindrons quelques considérations sur les causes qui les ont amenées.

Chapitre Premier.

APPAREIL DE LA RESPIRATION.

Article Premier.

DES POUMONS.

2. Bayle avait divisé la phthisie en autant d'espèces qu'il peut y avoir de lésions organiques des poumons, capables, selon lui, d'amener la mort, par suite de leur développement. Il admettait des phthisies tuberculeuse, granuleuse, cancéreuse, mé-

lanée, calculeuse et ulcéreuse. M. Laennnec pense, au contraire, qu'il n'y a qu'une seule espèce de phthisie, la phthisie tuberculeuse, c'est-à-dire une seule lésion organique des poumons, qui puisse conduire à la mort par tous les degrés du dépérissement et avec tous les symptômes qui appartiennent à la phthisie. Depuis plus de trois ans que nous avons recueilli avec soin l'histoire de tous les malades admis à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Chomel, nous n'avons observé aucun sujet, mort phthisique, dont les poumons ne nous aient offert, comme lésion principale, un plus ou moins grand nombre d'excavations tuberculeuses, de tubercules, ou de granulations grises demi-transparentes ; en sorte que nos observations confirment celles de M. Laennec, et que, pour nous comme pour lui, « l'existence des » tubercules dans les poumons est la cause et cons- » titue le caractère propre de la phthisie. »

3. Les tubercules sont, comme on sait, des tumeurs d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, d'une consistance variable, qui se ramollissent après un certain temps, se vident dans les bronches, et donnent lieu à des excavations plus ou moins considérables.

4. Presque toujours ils étaient plus nombreux, plus gros, plus avancés dans leur développement au sommet qu'à la base des poumons ; de manière que, sur les cent vingt-trois cas de phthisie dont nous faisons l'analyse, nous n'avons trouvé que deux exceptions à cette règle. (Obs. 33.)

5. Les tubercules étaient accompagnés d'une production d'un aspect très-différent ; nous voulons parler de ces petits corps plus ou moins arrondis, homo-

gènes, luisans, d'une dureté assez considérable, du volume d'un pois à celui d'un grain de millet, désignés sous le nom de granulations grises demi-transparentes.

Ces granulations forment, d'après les belles recherches de M. Laennec, le premier degré des tubercules, celui par lequel ils doivent passer avant de revêtir les caractères qui leur sont propres. Comme les tubercules, nous les avons trouvées plus grosses, plus nombreuses au sommet qu'à la base des poumons, et limitées à leur sommet quand elles n'existaient pas dans toute leur étendue.

A une certaine époque de leur existence elles offraient un point jaune et opaque au centre; ce point avait d'autant plus de largeur qu'elles étaient plus rapprochées du sommet des poumons; en sorte qu'en examinant ces viscères de bas en haut, on y trouvait ordinairement, dans l'ordre suivant : des granulations grises demi-transparentes, des granulations louches et jaunâtres à l'intérieur, et enfin des granulations d'un blanc jaunâtre dans toute leur épaisseur, c'est-à-dire complètement tuberculeuses. Ces dernières étaient ordinairement les seules qu'on observât au sommet des poumons.

6. Il était rare de ne trouver dans les poumons que des tubercules, ou des granulations grises demi-transparentes. Le premier de ces cas ne s'est offert que deux fois à nos recherches. Nous avons observé le second sur cinq sujets, encore y avait-il alors quelques granulations plus ou moins louches et jaunâtres au centre.

Ces faits nous semblent établir d'une manière in-

contestable, la transformation des granulations grises demi-transparentes en matière tuberculeuse.

7. Ces granulations, ordinairement disséminées, étaient aussi, dans bien des cas, rapprochées par petits groupes, ou même formaient des masses d'une forme irrégulière, plus ou moins considérables.

Le plus souvent on les trouvait à une certaine distance de la plèvre. D'autres fois (chez le tiers des sujets environ) elles n'étaient pas moins multipliées sous cette membrane, immédiatement, que dans la profondeur de l'organe. Nous avons même rencontré un cas dans lequel, le poumon étant libre dans toute son étendue, elles étaient plus nombreuses à sa superficie que partout ailleurs. (Obs. 17.) Ainsi disposées, les granulations donnaient aux poumons un aspect inégal. Devenues tuberculeuses, puis ramollies, elles étaient remplacées par des abcès qui formaient une saillie plus ou moins considérable à l'extérieur, se vidaient quelquefois dans la cavité des plèvres, et donnaient lieu à des accidens que nous indiquerons au chapitre de la perforation des poumons.

8. Le temps nécessaire aux granulations pour acquérir le volume d'un petit pois (celui qu'on observe le plus ordinairement), est, sans doute, très-variable et presque toujours impossible à déterminer. Néanmoins, quelques faits de phthisie aiguë semblent indiquer que leur développement est parfois très-rapide, qu'elles peuvent atteindre le volume dont il s'agit en trois ou quatre semaines seulement. (Obs. 34.) D'un autre côté, un assez grand nombre d'observations donne à croire qu'elles peuvent encore être fort petites long-temps après leur début. Ainsi, nous

avons rencontré plusieurs individus qui toussaient sans interruption, avaient eu des hémoptysies depuis plusieurs années, etc., et qui, pour toute lésion du parenchyme pulmonaire, offraient des granulations grises du volume indiqué, ou même bien au-dessous.

9. La matière grise demi-transparente se montrait encore sous une autre forme, était fréquemment en masses irrégulières, quelquefois considérables, d'un, deux, trois pouces cubes environ. (Obs. 29.) Comme dans les cas où elle avait la forme arrondie, elle était brillante, homogène, sans structure distincte. Chez plusieurs sujets on voyait, au milieu des masses dont il s'agit, un plus ou moins grand nombre de points miliaires, d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, véritablement tuberculeux. Chez d'autres, la transformation était presque complète, et l'on ne trouvait plus que quelques parcelles de matière grise au milieu d'une masse de matière tuberculeuse.

Ainsi, que la matière grise se présentât sous forme de granulations ou de masses irrégulières plus ou moins considérables, elle se transformait tôt ou tard en matière tuberculeuse.

10. Nous avons rencontré, bien que rarement, la matière grise dans d'autres organes; et là, comme dans les poumons, elle nous a paru susceptible de la transformation tuberculeuse. Nous citerons, à cet égard, le sujet de la septième observation, chez lequel nous trouvâmes, au milieu d'une grande quantité de matière tuberculeuse déposée dans le grand épiploon et le mésocolon, des masses plus ou moins considérables de matière grise demi-transparente.

N'est-il pas probable que cette dernière eût subi tôt où tard la transformation tuberculeuse ?

11. Suivant la remarque de M. Laennec, on ne trouvait pas, ou l'on trouvait rarement, des vaisseaux dans les masses de matière grise. Nous nous en sommes assuré plusieurs fois au moyen de l'injection. (Obs. 29.)

12. Il y avait presque constamment autour des excavations tuberculeuses un peu considérables, une certaine quantité de cette même matière. Souvent aussi elle environnait de toutes parts des granulations louches et jaunâtres, les réunissait en une masse compacte plus ou moins grande. Dans ce cas, nous l'avons vue affecter une disposition très-singulière sur trois sujets, et se présenter sous forme de zones. Celles-ci étaient au nombre de trois, parallèles entre elles, placées horizontalement, occupaient toute l'épaisseur des poumons, avaient un pouce de haut, et se trouvaient séparées les unes des autres par une tranche de tissu pulmonaire de la même dimension. (Obs. 46.)

Comme les granulations, la matière grise en masse se trouvait fréquemment près de la superficie des poumons, sous la plèvre immédiatement. (Obs. 29, 35.)

13. Dans les cas où la marche de la phthisie avait été rapide, on pouvait croire que la matière tuberculeuse n'était pas le produit d'une transformation de la matière grise; qu'elle s'était développée primitivement sous cette forme; car le temps nécessaire à cette transformation semblait avoir manqué. Tel serait le cas d'une jeune fille qui fait l'objet de la trente-cinquième observation, et chez laquelle nous trouvâmes une très-grosse masse de matière tuber-

culeuse ramollie, et en partie vidée, au trente-cinquième jour de la maladie. Toutefois, il convient d'observer que dans le cas dont il s'agit il y avait, dans le même poumon, de la matière tuberculeuse et de la matière grise ; que, chez plusieurs autres sujets dont la maladie a encore marché très-rapidement (Obs. 36), on trouvait, au milieu d'un des lobes supérieurs, presque entièrement transformé en matière tuberculeuse ramollie, une certaine quantité de matière grise ; que, bien qu'elle ait pu se développer consécutivement à la matière tuberculeuse, le contraire n'est pas moins probable ; en sorte qu'il doit nécessairement rester des doutes sur la marche de la maladie dans ces différens cas.

Néanmoins, il est d'autant plus probable que la matière tuberculeuse se développe quelquefois primitivement telle dans les poumons, qu'à deux exceptions près, elle nous a toujours paru affecter ce mode de développement dans les autres organes.

14. Nous avons encore rencontré, dans les poumons des phthisiques, et chez eux seulement, une matière moins ferme, plus transparente que celle que nous venons de décrire, d'une couleur roussâtre, quelquefois assez pâle, ayant plus ou moins l'aspect des gelées. (Obs. 2.) Cette matière, que M. Laennec a décrite, ne nous a jamais offert de grains tuberculeux. Est-elle de même nature que la matière grise demi-transparente ?

15. Presque toujours il y avait une plus ou moins grande quantité de tubercules dans les deux poumons. Néanmoins, nous avons vu cinq fois cette lésion bornée au poumon gauche, et deux fois seulement à celui

du côté droit. Ce dernier serait-il un peu moins favorable que l'autre au développement de la matière tuberculeuse ?

16. Nous avons dit que les tubercules affectaient une sorte de préférence pour le sommet des poumons ; qu'ils y étaient plus gros, plus avancés, et proportionnément plus nombreux que dans le reste de leur étendue. Cette remarque s'appliquerait plus exactement encore au lobe supérieur, comparé à l'inférieur, qu'aux poumons en général. Car, outre les grandes excavations qui, dans presque tous les cas, existent au sommet du lobe supérieur exclusivement, les granulations grises, les tubercules, les petites excavations, etc., sont encore plus nombreuses et plus rapprochées dans le reste de son étendue que dans la partie correspondante du lobe inférieur. Souvent même nous avons trouvé tout le lobe supérieur transformé en excavations et en matière grise ou tuberculeuse, imperméable à l'air dans toute son étendue ; tandis qu'à la même hauteur nous rencontrions toujours dans le lobe inférieur une partie plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire, capable d'entretenir la respiration, et rarement des excavations tuberculeuses. Une de nos observations de phthisie aiguë est un exemple de la disposition morbide qui nous occupe. (Obs. 36.) Nous l'avons rencontrée telle à-peu-près qu'il vient d'être dit, sur trente-huit sujets, dans la troisième partie des cas environ, vingt-huit fois à gauche, et dix fois seulement à droite. Ce fait semble encore indiquer que le poumon gauche est plus favorable que le droit au développement des tubercules, et est d'accord avec

celui que nous avons noté dans le paragraphe précédent. L'histoire de la perforation du parenchyme pulmonaire (424) n'est pas moins favorable à cette manière de voir, puisque, sur huit cas de cette espèce de lésion (les seuls que nous ayons recueillis), sept ont été observés du côté gauche.

Toutefois, il est des cas où une partie de la matière grise du lobe supérieur des poumons paraît être, comme M. Chomel nous en a fait la remarque, le produit d'une inflammation chronique. Alors, il est vrai, on ne lui trouve plus l'aspect grenu qui, d'après l'observation de M. Laennec, forme le caractère anatomique de la péripneumonie au deuxième ou au troisième degré; mais elle a un coup-d'œil louche qu'on ne peut attribuer aux granulations miliaires qui n'existent pas; elle est traversée par des cloisons celluleuses blanches et épaisses, aussi distinctes que dans la péripneumonie; elle est plus compacte que la matière grise ordinaire; et ces caractères, quand ils sont bien prononcés, nous paraissent suffire pour distinguer les deux espèces de lésions. Et, relativement au manque d'aspect grenu dont nous avons parlé, rien n'empêche de penser qu'il soit l'effet du temps (1),

(1) Cette opinion appartient à M. Andral fils. M. Andral pense aussi que la péripneumonie a son siége dans les vésicules bronchiques, ce qui donnerait une explication toute simple de l'aspect grenu des poumons dans cette maladie. Cette idée ingénieuse nous semble plus qu'une hypothèse. Car, quand on injecte les bronches et que l'injection a été poussée mollement, on trouve dans les poumons une infinité de petites masses qui, après avoir été divisées, offrent précisément l'aspect grenu dont il s'agit; mais si l'injection a été poussée avec plus de force, les poumons n'offrent plus qu'une masse compacte, où l'aspect grenu est presque entièrement effacé. Cette double expérience ne semble-t-elle pas

qui modifie, altère et change les caractères de toutes les lésions.

17. Nous n'avons rencontré qu'une seule fois des tubercules enkystés. Ils étaient au sommet des lobes supérieurs, et on les séparait très-aisément du tissu qui les environnait. (Obs. 31.)

18. Le *ramollissement* des tubercules s'opérait à des époques très-variées : dans quelques cas, du vingtième au quarantième jour, à compter du début de la maladie (Obs. 33) ; ordinairement à une époque beaucoup plus éloignée. Il suivait la même marche que la transformation de la matière grise en matière tuberculeuse, commençait par le centre de la tumeur, s'opérait du sommet à la base des poumons ; en sorte qu'en les parcourant dans cette direction, on trouvait, à différentes hauteurs, des excavations, des tubercules ramollis, des tubercules crus et des granulations grises demi-transparentes.

Au lieu de s'opérer d'une manière successive, le ramollissement avait quelquefois lieu simultanément dans une étendue considérable ; et tout un lobe, converti en matière tuberculeuse, se trouvait à-peu-près également mou et friable dans toute son étendue. Ces cas étaient rares, et appartenaient exclusivement à ceux de phthisie aiguë. (Obs. 36.) Encore y avait-il alors quelqu'excavation incomplète au sommet du lobe supérieur, dont le reste était tuberculeux et presque également ramolli.

---

démontrer à-la-fois la cause de l'aspect grenu des poumons dans la péripneumonie aiguë, et de sa disparition quand la maladie a passé à l'état chronique?

19. Nous n'avons pas rencontré d'excavations tuberculeuses entièrement vides avant la fin du troisième mois ou le commencement du quatrième, à partir du début de l'affection. A cette époque, les parois des cavités étaient ordinairement molles et tapissées par une fausse membrane peu consistante, qu'on enlevait avec facilité. Bien rarement le tissu pulmonaire était à nu. Quand la maladie remontait à une époque plus éloignée, que les excavations étaient plus anciennes (ce qu'on pouvait reconnaître par l'histoire exacte des symptômes, et surtout par les résultats comparés de l'auscultation), leurs parois étaient presque constamment plus ou moins dures, formées par des tubercules, de la matière grise demi-transparente, et quelquefois de la mélanose. Ces différentes lésions, séparées par un peu de tissu pulmonaire sain, ou continues entre elles, étaient diversement combinées. La membrane qui tapissait l'excavation était dense, grisâtre, presque demi-transparente, semi-cartilagineuse, d'un tiers à un quart de ligne d'épaisseur, quelquefois moins, et ordinairement recouverte d'une autre membrane fort molle, jaunâtre ou blanchâtre, rarement continue à elle-même. Dans la quatrième partie des cas nous n'avons rencontré ni l'une ni l'autre membrane, et alors le tissu pulmonaire, plus ou moins profondément altéré, était à nu.

20. Grandes ou petites, récentes ou anciennes, les excavations communiquaient avec les bronches par un plus ou moins grand nombre d'ouvertures. La membrane muqueuse des unes et la fausse membrane des autres étaient unies d'une manière intime à l'entrée de l'excavation. Quand les parois de celle-ci étaient

rouges, on ne reconnaissait leurs limites qu'au moyen de la dissection.

21. Les excavations anciennes différaient encore de celles qui étaient récentes, en ce qu'elles étaient inégales, anfractueuses, et communiquaient ordinairement avec d'autres excavations plus petites.

Souvent des brides les traversaient en différens sens. Plus ou moins longues et étroites, inégales, d'une à deux lignes de longueur, elles étaient formées de matière grise, parsemées de tubercules, plus minces à leur partie moyenne qu'à leurs extrémités : rarement on y trouvait quelques ramifications vasculaires. Nous y en avons observé néanmoins, sur cinq sujets, avec ou sans le secours de l'injection. (Obs. 31.)

22. L'existence de quelque ramification vasculaire au milieu des brides supposait la destruction d'une partie quelconque du tissu environnant, et cette circonstance suffirait pour montrer qu'il n'existe pas de grandes excavations sans destruction préalable d'une portion plus ou moins grande du parenchyme pulmonaire. La rupture des vaisseaux bronchiques au pourtour de ces excavations, l'oblitération des vaisseaux près de leurs parois, leur direction qui, dans plusieurs cas, indiquait leur passage à travers l'espace qu'elles occupaient, en sont de nouvelles preuves.

Il peut se faire, ainsi que l'a dit M. Laennec, que les granulations se développent dans les interstices du parenchyme pulmonaire; mais quand elles se trouvent plus ou moins rapprochées, qu'elles ont provoqué autour d'elles le développement d'une matière grise demi-transparente qui les réunit, bien évidemment

il y a encore ici destruction. Le parenchyme compris entre les granulations a disparu ; on ne le retrouve pas : en sorte que les excavations d'un volume peu considérable supposent, comme les grandes, la destruction d'une partie quelconque du tissu pulmonaire.

23. Les grandes excavations tuberculeuses du lobe supérieur étaient plus rapprochées du bord postérieur que du bord antérieur du poumon, et dans beaucoup de cas nous avons trouvé leurs parois presque uniquement formées, dans le premier sens, par une fausse membrane semi-cartilagineuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur, qui environnait le sommet de l'organe. Inférieurement, elles n'étaient quelquefois séparées de la plèvre qui tapisse la scissure interlobulaire, que par une petite épaisseur du tissu du poumon, plus ou moins altéré (Obs. 28) : ou même leur paroi se trouvait détruite dans ce point, et elles communiquaient avec une autre excavation plus ou moins considérable, placée dans le lobe inférieur et en arrière ; car il est à remarquer que dans aucun cas nous n'avons rencontré de grandes excavations au centre du lobe inférieur.

L'observation suivante est un exemple bien remarquable de la disposition qui vient d'être indiquée, et de la grandeur à laquelle peuvent parvenir les excavations tuberculeuses.

Première Observation.

Une fille âgée de vingt ans, d'une constitution un peu délicate, mais habituellement bien portante, vint à l'hôpital de la Charité le 24 août 1824. Elle n'avait pas cessé de grandir, et était accouchée heureusement depuis plus de huit mois. A part quelques douleurs à l'épigastre, dont elle se plaignait déjà pendant sa grossesse, elle jouit d'une bonne santé durant les deux premiers mois qui suivirent l'accouchement; après quoi elle éprouva tous les symptômes de la phthisie. La toux et les crachats avaient débuté en même temps, étaient devenus plus incommodes depuis deux mois. A cette augmentation des deux principaux symptômes s'étaient jointes une oppression assez forte, des douleurs entre les épaules et à la partie moyenne du sternum. Il n'y avait eu que de très-légères hémoptysies. La voix s'était affaiblie dans les derniers quinze jours, et avait fini par disparaître entièrement. L'appétit avait été variable dès le début, alternativement faible et assez prononcé; les nausées fréquentes, l'abdomen plus ou moins douloureux; et depuis vingt-quatre jours la malade vomissait quelquefois spontanément. Dans les quatre derniers mois la diarrhée avait été constante, la chaleur forte, les sueurs assez copieuses pendant la nuit, l'amaigrissement progressif. Des frissons s'étaient manifestés dès les premiers temps, et avaient reparu presque tous les jours dans la suite.

Le 25 avril, figure pâle et fatiguée, céphalalgie peu considérable, insomnie comme depuis trois mois; intégrité de l'intelligence. — Toux médiocrement fréquente; crachats verdâtres, imparfaitement pelotonnés, peu abondans, nauséabonds comme l'haleine de la malade : voix faible et légèrement altérée : percussion sonore sous les deux clavicules; ardeur, pectoriloquie, tintement métallique pendant la toux[1], l'inspiration et l'expiration, au-dessous de celle du côté droit. — Langue dans l'état naturel; anorexie incomplète : pesanteur à l'épigastre immédiatement après l'ingestion des alimens : douleur habituelle dans cette région, sensibilité à l'hypogastre; la veille, trois selles accompagnées de coliques. — Pouls petit et faible, extrêmement accéléré; chaleur peu élevée; sueur nocturne. — Faiblesse extrême, dernier degré de marasme. La malade était venue à l'hôpital abandonnée au désespoir, et exprimait vivement le désir de guérir. Elle se tenait couchée à gauche.

Le 17, elle accusa une douleur assez forte au côté droit de la poitrine, et le 18, à trois heures de l'après-midi, elle mourut presque sans agonie, ayant conservé sa connaissance jusqu'à la fin.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Deux petites cuillerées de sérosité dans l'arachnoïde supérieure; pie-mère un peu rouge; cerveau sain; une demi-cuillerée de sérosité claire dans chaque ventricule latéral.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Le poumon droit adhérait assez fortement à son sommet, et en arrière, dans la plus grande partie de son étendue, à la plèvre costale, au moyen d'une fausse membrane ferme et médiocrement épaisse. Sa face externe, au lieu d'être convexe, comme dans l'état naturel, offrait une concavité large et profonde, résultat d'une énorme excavation, que nous évaluâmes former les trois quarts ou les quatre cinquièmes du volume total des poumons. Elle s'étendait du sommet à la base de l'organe, à trois quarts de pouce de laquelle elle finissait; et du bord postérieur, jusqu'à un demi-pouce, ou à-peu-près, de l'antérieur. Elle contenait une matière trouble, médiocrement épaisse, grisâtre et brunâtre, d'une odeur fétide, analogue à celle des matières animales mises en macération depuis quelque temps. Ses parois étaient extrêmement anfractueuses; offraient dans plusieurs points des lambeaux de substance pulmonaire profondément altérée, prêts à s'en détacher; n'étaient point tapissées par une fausse membrane; avaient, à leur partie externe, d'une à trois lignes d'épaisseur, et quelquefois beaucoup moins. Au niveau de la scissure interlobulaire l'excavation était divisée en deux parties inégales, au moyen d'une cloison percée de plusieurs larges ouvertures, et formée, comme le reste de son pourtour, par une matière grise, quelquefois bleuâtre et demi-transparente, semée de tubercules. La bronche droite s'ouvrait dans cette énorme excavation presque aussitôt son entrée dans le poumon, après un trajet d'un demi-pouce, et était

beaucoup plus large que celle du côté opposé. Le reste de l'organe contenait beaucoup de granulations grises et tuberculeuses, en sorte que la partie perméable à l'air formait à peine le dixième de son volume. Le sommet du poumon gauche adhérait faiblement à la plèvre costale, offrait une petite cavité capable de contenir une noix, entourée de matière grise demi-transparente, surtout de tubercules. Au-dessous, le lobe supérieur contenait beaucoup de granulations grises demi-transparentes, réunies en petites masses, dont plusieurs étaient voisines de la plèvre et formaient extérieurement des bosselures très-marquées. Il y en avait fort peu dans le lobe inférieur. — Le cœur était sain, l'aorte rouge dans toute son étendue; et cette rougeur se continuait, en perdant de son intensité, dans les artères carotides et fémorales. L'épaisseur et la consistance des tuniques artérielles n'étaient pas sensiblement altérées.

Abdomen. Foie volumineux, d'une couleur fauve, recouvrant une partie de l'estomac; d'une médiocre consistance, un peu gras. La bile de la vésicule épaisse et filante. — L'estomac était bleuâtre à l'extérieur, dans la partie correspondante au grand cul-de-sac. Il avait un volume convenable. Quoique séparé avec les plus extrêmes ménagemens de la rate et des parties adjacentes, il offrait, un peu à gauche du cardia et en arrière, une ouverture de près d'un pouce de diamètre, à bords extrêmement minces et pâles formés par le péritoine et une lame très-ténue de tissu sous-muqueux. A l'intérieur, la partie la plus considérable du grand cul-de-sac et de la face antérieure était d'un blanc bleuâtre, offrait des veines lar-

gement dessinées. La membrane muqueuse correspondante était molle comme du mucus, et mince comme une feuille de papier Joseph. Elle offrait encore la même lésion, sous forme de bandes de trois à quatre lignes de largeur, dans le reste de son étendue ; était d'un rouge assez vif, et d'une médiocre consistance dans les intervalles. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine, à part dix très-petites ulcérations voisines du cœcum. Entre elle et la tunique sous-muqueuse se trouvait, dans le même point, quelques boutons blanchâtres, un peu plus gros que des grains de millet, non évidemment tuberculeux. Dans le gros intestin, cette membrane était pâle, sans ulcération, un peu épaissie, et molle comme du mucus. — Les glandes mésentériques étaient saines; la rate un peu molle; la matrice très-petite, en sorte qu'elle n'avait que quinze lignes d'étendue d'un côté à l'autre. — Le reste dans l'état naturel.

---

24. La sonoréité de la poitrine au-dessous de la clavicule droite, la pectoriloquie, le tintement métallique dans le même point, tout annonçait dans cette partie une vaste excavation remplie d'air et de liquide (285). Cependant nous étions loin de la croire aussi considérable. Sans doute, si la faiblesse de la malade ne nous eût empêché d'étudier les phénomènes de la respiration en arrière, nous aurions pu recueillir de nouvelles données pour apprécier avec plus d'exactitude la grandeur de l'excavation ; mais il est bien probable qu'alors même nous n'eussions

pas complètement évité l'erreur, et que nous aurions attribué à un grand nombre de cavités communiquant les unes avec les autres, les phénomènes qui avaient leur cause dans une cavité unique. La cloison incomplète qui existait dans sa partie supérieure, était formée par l'agglutination des parties correspondantes des lobes supérieur, moyen et inférieur, réduits, dans ce point, à une très-petite épaisseur. Les lambeaux à demi-putréfiés qui adhéraient encore aux parois de l'excavation, l'odeur du liquide qu'elle contenait, en tout semblable à celle des crachats, ne sont pas moins remarquables que son étendue. Il faut en dire autant de l'élargissement et de la brièveté de la bronche qui s'y ouvrait; et l'on conçoit que, dans un tel état de chose, des lambeaux de poumon altéré puissent être rendus par l'expectoration. Des renseignemens donnés par la mère de la malade semblaient même indiquer qu'on avait vu quelques débris de tissu pulmonaire dans ses crachats, quelques jours avant son admission à l'hôpital. Mais les malades, et ceux qui les entourent, observent avec trop de prévention, pour qu'on puisse, sur leur simple témoignage, considérer un fait de ce genre comme certain.

Remarquons encore que, malgré la grandeur du désordre, il n'y a eu que de fort légères hémoptysies; que la marche de la maladie a été rapide; enfin, que cette observation est un exemple de l'inégalité qui existe assez souvent entre la lésion de l'un et l'autre poumon chez les phthisiques.

25. En effet, bien que, chez le plus grand nombre des individus, il existât des excavations tuberculeuses

2*

dans les deux poumons, cela n'était pas constant. Dans la sixième partie des cas, il n'y en avait que de l'un ou de l'autre côté; et quand on en trouvait à droite et à gauche, elles y étaient ordinairement de grandeur différente. Chez un peu moins du dixième des sujets, elles étaient également vastes des deux côtés; et chez un autre dixième, leurs dimensions, moyennes ou petites, étaient les mêmes à droite et gauche.

26. Par excavations vastes, nous entendons celles dont la capacité représentait le volume d'un œuf d'oie, du poing du sujet, et quelquefois au-delà. Elles existaient, soit à droite, soit à gauche, dans la moitié des cas à-peu-près; dans la même proportion, de l'un ou de l'autre côté. Les excavations moyennes étaient du volume d'une pomme de reinette et au-dessous; les petites, de celui d'une petite noix; les unes et les autres se partageaient presque également le reste des sujets.

27. La matière contenue dans les excavations variait d'après plusieurs circonstances, dont les principales étaient relatives à leur ancienneté, à leur structure, peut-être aussi à l'embarras plus ou moins prolongé de la circulation dans les derniers momens de la vie. Quand elles étaient récentes, la matière dont il s'agit était épaisse, jaunâtre, pareille au pus ordinaire. Anciennes, et surtout anfractueuses et dépourvues de fausse membrane, le liquide était verdâtre et grisâtre, d'un aspect sale et désagréable, ténu, d'une consistance moyenne, quelquefois souillé de sang, ou même fort rouge. Cette dernière coloration survenait, sans doute, quelques heures avant la mort

seulement ; car elle n'était pas rare, et il l'était au contraire beaucoup, de voir des crachats rouges le dernier ou les deux derniers jours de l'existence.

Ordinairement sans odeur, la matière des excavations avait quelquefois celle des substances animales mises en macération depuis quelque temps. Cette odeur était indépendante de l'étendue des cavités ; car nous en avons vues qu'on pouvait estimer à la quatrième ou à la cinquième partie du volume total de l'un des poumons, sans qu'elle existât. Elle ne dépendait pas davantage de l'action, du moins unique, de l'air, puisqu'il y en avait toujours une plus ou moins grande quantité dans les excavations, et que nous ne l'avons observée que dans trois cas. Dans l'un, celui qui fait l'objet de l'observation précédente, elle semblait être le résultat de la mortification de quelques lambeaux de matière grise incomplètement détachés des parois de la cavité. Dans les deux autres, cette particularité n'existait pas ; les excavations étaient plus ou moins anfractueuses, et n'offraient rien autre chose de remarquable.

28. Au lieu d'air et de pus, nous avons trouvé, dans un cas, une matière fibrineuse déjà organisée, remplissant une cavité tuberculeuse de moyenne dimension. Ce fait nous semble assez curieux pour devoir trouver place ici.

IIe. Observation.

Un joueur d'orgues, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, d'un caractère vif, fut admis à l'hôpital de la Charité le 24 avril 1824. Il était malade depuis vingt mois, ne travaillait pas depuis un an, avait gardé le lit par intervalles dans les trois dernières semaines, et attribuait sa maladie à un verre d'eau froide qu'il avait bue ayant très-chaud. Elle avait débuté par une toux sèche, accompagnée d'oppression; les crachats ne s'étaient établis qu'au deuxième mois, et, jusques dans les derniers huit jours, il n'y avait pas eu d'hémoptysie. A cette époque était survenu, tout-à-coup, sans cause connue, au milieu d'une promenade paisible, sans accès de toux préalable, un crachement de sang si abondant, que le malade assurait en avoir vomi six palettes en moins de vingt minutes; après quoi les crachats avaient seulement conservé une couleur rouge plus ou moins foncée. Les frissons, la chaleur et les sueurs s'étaient établis depuis neuf mois. L'appétit n'avait que fort peu diminué, bien qu'assez fréquemment la toux excitât le vomissement. Il n'y avait eu de diarrhée que de loin en loin, et pour quelques jours chaque fois. La maigreur s'était manifestée dès le début.

Le 25 août, elle était considérable; la couleur de la peau et celle de la figure surtout, un peu jaunâtre; l'oppression modérée, la toux peu fréquente:

les crachats opaques, souillés de sang, ou bien couleur acajou. Le malade croyait les sentir se détacher du côté gauche de la poitrine, et à chaque secousse de toux, il éprouvait à la partie inférieure du même côté, une légère douleur qui existait depuis le début. La percussion ne rendait aucun son sous la clavicule droite, dans la hauteur de deux pouces; et à gauche, dans toute la partie correspondante au lobe supérieur. Dans les mêmes points, la pectoriloquie était évidente, la respiration trachéale, et accompagnée, du côté gauche, de beaucoup de gargouillement. L'auscultation pratiquée entre les épaules donnait les mêmes résultats. Le pouls était un peu accéléré, petit et faible; la chaleur plutôt au-dessous qu'au-dessus de son degré habituel; l'appétit médiocre, la soif dans l'état naturel, la digestion facile, le ventre souple et indolent; les selles quotidiennes et d'une bonne consistance. (Tis. pect. ; pot. gom. ; quart de port. sans vin.)

Le 1er. septembre, l'appétit avait augmenté : les douleurs du côté gauche étaient plus fortes et plus continues qu'à l'ordinaire.

Le soir, elles avaient beaucoup diminué. Il en était survenu d'assez vives à l'hypogastre et à la gorge : l'oppression restait stationnaire; les crachats n'avaient pas changé sensiblement. Le malade disait que tout son mal était du côté gauche de la poitrine. Sa voix n'était pas altérée; il n'éprouvait aucune sensation pénible le long de la trachée-artère.

Dans la journée du 11, l'étouffement devint considérable, et dans la nuit du 11 au 12 le malade fut obligé de se mettre à son séant, puis de quitter le lit afin de diminuer l'oppression.

Le 12 au matin, il éprouvait, derrière la clavicule gauche, une sensation extraordinaire qu'il comparait à un trou. La dypsnée était extrême, l'appétit presque nul, les selles régulières et d'une bonne consistance. Il se plaignait de vives douleurs de ventre, était hors du lit, placé sur une chaise, le corps fléchi en avant, dans une anxiété très-grande.

Les mêmes symptômes persistèrent; la respiration devint très-précipitée; les crachats conservèrent l'aspect indiqué; les douleurs de ventre furent plus ou moins fortes; et dans la nuit du 16 au 17, le malade mourut sans avoir éprouvé le moindre délire.

Il s'était encore levé dans la matinée du 16 pour diminuer l'étouffement. Le même jour et la veille, nous avions cherché sans succès la pectoriloquie sous la clavicule gauche; et vingt-quatre heures avant, le malade disait avoir entendu, dans le même point, un râle effrayant.

Ouverture du cadavre, trente-deux heures après la mort.

Etat extérieur. Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Infiltration d'une médiocre épaisseur au-dessous de l'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau. Une cuillerée de sérosité claire dans chaque ventricule latéral; autant à la base du crâne. La cloison demi-transparente ramollie et comme pulpeuse à sa partie inférieure: le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. L'épiglotte et le larynx étaient dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère

d'un rouge tendre, parsemée, dans sa partie inférieure, d'un assez grand nombre d'ulcérations, dont les plus considérables répondaient à sa portion charnue.

Poitrine. Le poumon gauche adhérait à la plèvre costale d'une manière intime à son sommet, et ailleurs, au moyen de filamens celluleux, entre lesquels était épanché un peu de sérosité. Son lobe supérieur était dur, transformé en une matière grise demi-transparente, au milieu de laquelle s'en trouvait une autre, parfaitement homogène, jaunâtre, semblable, au premier aspect, à de la gelée, mais beaucoup plus ferme et ne cédant qu'à une pression assez considérable. Çà et là on voyait encore quelques tubercules ramollis, plus ou moins complètement vidés, et au sommet du lobe, une excavation capable de contenir une pomme de moyenne grosseur, remplie par une masse de fibrine. Celle-ci était rouge, d'une bonne consistance, enveloppée par une fausse membrane peu adhérente à celle de la cavité, blanche, un peu fragile, et d'où partaient beaucoup de cloisons qui se réunissaient en un point central. Autour de l'excavation, et au milieu de la substance grise, se trouvaient des vaisseaux d'un millimètre, ou un peu moins, de diamètre. Nous les suivîmes très-aisément au moyen d'un stylet délié, sans pouvoir trouver de communication entre eux et la cavité dont il s'agit. Une bride assez large, placée entre cette excavation et une autre bien moins considérable qui se trouvait en arrière, contenait encore un petit rameau vasculaire, aussi sans communication. Le lobe inférieur offrait beaucoup de matière grise, de tubercules et de granulations; était perméable à l'air dans la moitié de son

étendue. Le poumon droit avait des adhérences universelles et celluleuses : on voyait, à son sommet, beaucoup de granulations grises, une excavation d'un médiocre volume, et à sa base, quelques noyaux de tissu hépatisé. — Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains.

Abdomen. Foie d'un rouge obscur, plus foncé que dans l'état habituel, d'un volume convenable. Bile de la vésicule d'une médiocre consistance. — La membrane muqueuse de l'estomac couverte d'un mucus visqueux : sa couleur d'un rouge assez vif dans toute son étendue ; son épaisseur et sa consistance convenables ; son aspect velouté. — Duodénum dans l'état naturel. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle comme sablée de suie, et, à cela près, parfaitement saine. — Celle du gros intestin un peu ramollie, et plus ou moins rouge dans toute son étendue. Quatre ulcérations peu considérables dans le cœcum et dans le colon droit, d'une couleur grisâtre due au tissu cellulaire un peu épaissi qui en formait le fond. Les matières fécales, d'un jaune obscur, d'un aspect sale, dans le cœcum, étaient ailleurs d'un jaune clair et d'une bonne consistance. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

29. A ne considérer que l'organisation apparente du caillot fibrineux de la grande excavation du poumon gauche, on devrait peut-être en faire remonter l'existence à l'époque à laquelle le malade éprouva une abondante hémoptysie. Mais, si l'on tient compte

des signes fournis par l'auscultation, et des symptômes observés dans les derniers temps, la chose paraîtra fort douteuse. En effet, quand nous vîmes le malade pour la première fois, huit jours après le début de l'hémoptysie, on entendait la pectoriloquie sous la clavicule gauche, c'est-à-dire vis-à-vis la cavité que nous trouvâmes remplie par un caillot fibrineux : et ce symptôme fut constaté plusieurs jours de suite. La pectoriloquie fut vainement cherchée dans le même point, vingt-quatre et quarante-huit heures avant la mort. Dans l'hypothèse où le caillot fibrineux ne se serait formé que dans les derniers jours de la vie, tout s'explique aisément. La pectoriloquie devait exister sous la clavicule gauche, à l'époque de l'admission du malade à l'hôpital; on ne pouvait plus la trouver dans les derniers jours de son existence. Dans la supposition contraire, tout est inexplicable; et il faut admettre que la pectoriloquie existe et n'existe pas vis-à-vis une excavation entièrement oblitérée. Si à cette double considération nous ajoutons la subite apparition des autres symptômes locaux, la dyspnée, la sensation extraordinaire éprouvée derrière la clavicule gauche, quatre jours avant la mort, on conviendra, malgré la difficulté de se rendre compte de ces derniers accidens, qu'il est infiniment probable que le caillot fibrineux ne se sera formé que dans les derniers temps de l'existence du malade.

Relativement à la dyspnée, nous observerons que l'état de la membrane muqueuse de l'estomac et du colon, qui peut être considéré comme le produit d'une inflammation aiguë, y aura, sans doute, eu quelque part. (98, 341.)

30. Nous avons observé tout récemment un fait d'un autre genre, bien plus remarquable encore, toujours relatif à l'objet particulier qui nous occupe, et dont nous allons donner l'histoire.



IIIe. Observation.

Une couturière, âgée de vingt-sept ans, d'une constitution un peu délicate, accouchée heureusement et à terme, depuis quinze jours, vint à l'hôpital de la Charité, le 8 mars 1825. Elle toussait et crachait depuis sept mois et demi sans en connaître la cause; avait quelquefois des douleurs de côté. Des frissons, suivis de chaleurs et de sueurs, étaient survenus dans les derniers temps de la grossesse, et avaient cessé à la suite des couches. L'anorexie était complète, la soif assez vive depuis un mois; la diarrhée presque continue depuis trois. La malade n'avait point eu d'hémoptysie, et ne se rappelait pas l'époque à laquelle l'amaigrissement avait commencé.

Le 9 mars, décoloration de toute l'habitude du corps et des lèvres : sentiment de faiblesse considérable; mouvemens pénibles, rares et bornés. Décubitus élevé; oppression assez forte; toux peu fréquente; quelques crachats muqueux en partie opaques. Poitrine sonore dans toute son étendue : gargouillement sous l'aisselle droite et en arrière du même côté, entre l'épaule et la colonne vertébrale. Au-dessous et à gauche, dans la partie correspondante, un peu de râle crépitant : ailleurs, la respiration était naturelle.

Le pouls était petit, faible, accéléré (cent-dix pulsations par minute), la chaleur modérée; la langue pâle et nette, la bouche pâteuse, l'anorexie complète, sans nausées. L'épigastre, et surtout l'hypogastre, étaient douloureux : la douleur augmentait beaucoup par la pression. La malade n'avait perdu que fort peu de sang lors de ses couches. Au quatrième jour, l'écoulement était devenu blanchâtre; il avait conservé le même caractère, et était très-peu considérable. (Violette édulcorée; potion gommeuse; lavemens de lin; foment. émoll. à l'hypog.; demi-julep; lait de poule.)

Jusqu'au 5 avril, jour de la mort, la soif fut modérée, plus forte la nuit que le jour : les crachats peu abondans, opaques et pelotonnés dans les dernières vingt-quatre heures seulement. Il y eut dans la nuit du 25 au 26 mars, du côté gauche de la poitrine, une douleur assez forte, qui céda promptement à l'application de quelques sangsues. Dès-lors, la toux et l'oppression furent considérables. La percussion et l'auscultation, pratiquées plusieurs fois jusqu'à cette époque, avaient toujours donné les mêmes résultats que le premier jour.

Le pouls fut constamment petit et faible, plus ou moins accéléré, battait de cent huit à cent quinze fois par minute. La malade eut un frisson violent dans la nuit du 25 au 26 mars; et à compter de cette époque, la chaleur générale fut sensiblement augmentée. Nous n'observâmes de sueurs dans aucun temps.

La soif fut peu considérable, l'anorexie constante. Passé le 13 mars, il y eut des nausées et des vomissemens de matières vertes et amères, ou fades et blan-

châtres, soit pendant la toux, soit dans ses intervalles. Ces vomissemens étaient quelquefois suspendus un ou deux jours, quelquefois revenaient à plusieurs reprises dans la journée. Les douleurs de ventre diminuèrent un peu. Il n'y eut de diarrhée que dans la dernière semaine : elle fut considérable et sans coliques. L'urine devint plus ou moins brûlante, et, du 28 mars au 2 avril, il y eut rétention ; ce qui obligea de recourir plusieurs fois au cathétérisme. L'écoulement qui avait lieu par le vagin fut momentanément rouge, à deux reprises différentes.

L'affaissement diminua ; la figure fut plus ou moins animée quatre jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Le 12 mars, nous observâmes un peu d'œdème aux membres inférieurs, et bientôt il devint considérable. Le 25, il y eut des douleurs aux cuisses. Elles étaient très-vives, deux jours avant la mort, à la partie interne et supérieure de celle du côté gauche, où l'on remarquait une faible nuance rose. Le délire fut continuel, et l'agitation générale pendant la dernière nuit. La malade mourut à quatre heures du matin.

On ajouta aux premières boissons la tisane de chiendent avec le sirop des cinq racines ; on fit des fumigations aromatiques avec des baies de genièvre dans le lit. A l'époque de la diarrhée, on ordonna la décoction blanche avec le sirop de coing, du diascordium avec un grain d'opium, et enfin un demi-lavement opiacé. La malade prit, pour toute nourriture, des laits de poule.

Ouverture du cadavre, vingt-huit heures après la mort.

État extérieur. Infiltration considérable des membres inférieurs; quelques phlyctènes à la partie interne et supérieure des cuisses. Rougeur assez vive de la peau dans les mêmes points. — Les veines crurales, celles du côté gauche surtout, étaient distendues par des caillots de sang fibrineux, durs, d'un rouge plus ou moins pâle, hématite ou acajou, adhérens avec force à leurs parois. Leur membrane interne était nuancée de rose, un peu plus épaisse que celle d'un sujet du même âge que nous leur comparâmes. Les caillots se prolongeaient dans les veines collatérales et dans les iliaques, jusques dans la veine cave supérieure.

Tête. Infiltration assez considérable au-dessous de l'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau. Un peu moins d'une cuillerée de sérosité claire dans chaque ventricule latéral; une cuillerée et demie du même fluide dans les fosses occipitales inférieures. Tout l'encéphale un peu mou.

Cou. Une des glandes lymphatiques du côté gauche avait le volume d'une amande verte; était ferme, rougeâtre, et comme piquée de plusieurs petites masses jaunâtres, opaques, évidemment tuberculeuses. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Il y avait environ deux pintes de sérosité claire et roussître dans la cavité de la plèvre du côté gauche. Le poumon correspondant était réduit à un

très-petit volume, et recouvert, comme la plèvre costale, par une fausse membrane rouge, médiocrement consistante, de moins d'un millimètre d'épaisseur. Son tissu était grisâtre, sain, privé d'air; les bronches d'un rouge vif, sans épaississement marqué. Le poumon droit offrait quelques adhérences celluleuses rares, et à son sommet une excavation de moyenne grandeur, en partie occupée par un fluide trouble et verdâtre, au milieu duquel se trouvait un corps légèrement grisâtre, rayé, comme le tissu pulmonaire, de lignes noires; oblong, un peu aplati, ayant seize lignes de long sur dix de large; léger, mou, un peu élastique, faiblement nuancé de rose à l'intérieur; en un mot, tout-à-fait semblable à un morceau de poumon de même étendue, qu'on aurait mis dans l'eau pendant quelque temps. Il n'avait point de mauvaise odeur, et n'offrait pas de pédicule à sa surface. L'excavation était tapissée par une fausse membrane d'une médiocre consistance, épaisse d'un quart de ligne, appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain. Elle offrait, dans deux points opposés, deux saillies d'une ligne environ, formées par l'extrémité de deux rameaux bronchiques. Dans le reste de son étendue, le poumon était légèrement engoué, sans tubercules, sans granulations grises, sans traces de lésions organiques de quelque nature que ce fût. Les bronches étaient pâles et minces. — Le cœur avait à peine les deux tiers de son volume ordinaire; l'aorte était dans l'état naturel.

Abdomen. Environ une pinte de sérosité citrine et claire dans la cavité de l'abdomen. L'estomac était presque doublé de volume, occupait une partie

de l'hypocondre gauche, et descendait jusqu'à l'ombilic. Sa membrane muqueuse avait une couleur bistre et jaunâtre dans toute son étendue, à part une zône d'un pouce de largeur contre le pylore; une médiocre consistance et moitié moins d'épaisseur que dans l'état ordinaire. Cette épaisseur était moindre encore au niveau d'une infinité de taches blanchâtres, arrondies, d'une à deux lignes de largeur, à-peu-près uniformément distribuées sur toute la surface de l'organe. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était dans l'état naturel; celle du cœcum et du colon un peu ramollie. Dans le reste de la longueur du gros intestin elle était molle comme du mucus, et rouge dans le rectum seulement. Il n'y avait pas d'ulcération. Les glandes mésentériques et méso-colites saines.

La matrice était presque doublée de volume, sa cavité très-élargie, sa surface intérieure noirâtre, son tissu plus ou moins rouge, spongieux en quelque sorte, et très-facile à diviser; ses parois sans épaississement, excepté à sa face antérieure, où elles faisaient saillie d'une ligne en dedans. Les ovaires étaient un peu mous et plus gros que dans l'état naturel. Le reste des viscères de l'abdomen en bon état.

---

31. L'existence d'un fragment de tissu pulmonaire au milieu d'une excavation, est, sans doute, un fait fort extraordinaire, et que peut-être on n'avait pas observé jusqu'ici. Toutefois, on ne saurait avoir de doute sur la nature de celui qui vient d'être décrit; car, couleur, consistance, tissu, déchirure, tout, dans

le fragment dont il s'agit, était semblable aux mêmes objets considérés dans les poumons. L'absence d'odeur putride prouve que sa séparation complète n'était pas fort ancienne, et l'on peut présumer qu'il n'a tenu pendant un certain temps au reste de l'organe que par les deux saillies des bronches que nous avons indiquées. Ces deux points étaient effectivement les seuls de l'excavation où il n'y eût pas de fausse membrane ; ailleurs, elle existait semblable à elle-même dans toute son étendue ; ce qui indiquait que depuis assez de temps sans doute, la séparation du fragment était opérée, à part les deux points en question.

La cavité dont il s'agit est encore remarquable, en ce que la fausse membrane qui la tapissait était partout appliquée sur le tissu pulmonaire sain, ou légèrement engoué ; ce qui est fort rare.

32. Mais ne pourrait-on pas se demander avec quelque fondement, si cette excavation était tuberculeuse, si le sujet était phthisique : car il n'y avait ni tubercules, ni granulations grises dans les poumons, point d'ulcérations au larynx, à la trachée-artère, ou dans les intestins; lésions si ordinaires dans la phthisie. A cela nous répondrons que la matière purulente de l'excavation était parfaitement semblable à celle qu'on trouve ordinairement dans les cavités tuberculeuses ; que la fausse membrane qui la recouvrait ne différait pas non plus de celles qui existent dans les dernières ; enfin, et ce fait est peut-être un des plus concluans, une des glandes cervicales était en partie tuberculeuse, et nous verrons plus tard que nous n'avons observé la transformation tuberculeuse des glandes lymphatiques que chez les phthisiques.

Parmi les circonstances de cette observation, que nous ne ferons qu'indiquer, nous rappellerons la pleurésie du côté gauche, dont le début a été marqué par des douleurs assez vives; l'amincissement partiel et général de la membrane muqueuse de l'estomac, sans ramollissement bien marqué; le défaut de consistance, l'altération de couleur de l'utérus, suites de l'inflammation; enfin, l'œdème des membres inférieurs, dont la cause doit être rapportée à l'obstruction des veines crurales.

33. Pour terminer ce que nous avions à dire sur les excavations tuberculeuses, nous observerons que dans aucun cas nous n'avons rencontré, au milieu du tissu pulmonaire *sain*, des cavités communiquant avec les bronches, et tapissées, comme les excavations tuberculeuses *anciennes*, par une fausse membrane légèrement grisâtre, semi-cartilagineuse et incomplètement opaque. Cependant elles ont été observées par M. Laennec sur le cadavre de personnes qui avaient éprouvé pendant un espace de temps plus ou moins considérable les symptômes de la phthisie; et, à raison de leur structure, il serait difficile de ne pas croire qu'elles aient succédé à des tubercules fondus. L'observation qui précède est, d'ailleurs, bien propre à confirmer ce fait. Car, dans cette observation comme dans celles dont il s'agit, l'excavation était unique, le parenchyme pulmonaire sain, et l'on peut croire que si le sujet eût vécu quelques semaines ou quelques mois de plus, la fausse membrane qui tapissait la cavité aurait offert les caractères qui viennent d'être rappelés.

Nous n'avons pas non plus trouvé, au sommet des

poumons, ces masses de tissu cellulaire condensé, auxquelles aboutissent des rameaux bronchiques plus ou moins dilatés, et que M. Laennec considère comme des cicatrices d'excavations tuberculeuses.

34. Les enfoncemens observés à la partie supérieure des poumons, et autour desquels le tissu de ces viscères est comme froncé, ne nous ont paru correspondre à aucune lésion déterminée. Fréquemment nous les avons vus quand le parenchyme pulmonaire était sain, ou seulement un peu endurci dans une petite épaisseur, au-dessous de la plèvre immédiatement : quelquefois aussi, quand il y avait au sommet du lobe supérieur des tubercules non ramollis, des excavations tuberculeuses peu considérables, ou des concrétions osseuses.

35. Dans aucun cas nous n'avons rencontré de *ramifications bronchiques* à l'intérieur des cavités tuberculeuses, ou dans les masses de substance grise demi-transparente; en sorte que le premier effet du développement de cette matière paraît être, comme l'a remarqué M. Laennec, la destruction des bronches dans la partie où il a lieu. On pourrait croire que cette destruction s'opère par la transformation des bronches en matière grise ou tuberculeuse; mais cela nous semble fort douteux, vu que nous n'avons jamais rencontré cette transformation, soit dans le voisinage des cavités ou des masses tuberculeuses, soit dans une partie quelconque des poumons, là même où les bronches offraient déjà quelqu'autre altération. Il est donc très-probable que cette destruction a lieu par absorption.

36. Quelquefois la membrane muqueuse bron-

chique conservait, dans le voisinage des cavités tuberculeuses, la blancheur qui lui est naturelle. Le plus ordinairement elle était d'un rouge vif. Cette rougeur semblait résulter du passage habituel de la matière purulente des excavations dans les bronches; car on ne l'observait pas, ou on l'observait rarement au voisinage des masses de matière grise ou des tubercules non suppurés : elle était moins fréquente dans les rameaux qui s'ouvraient dans des excavations récentes, que dans ceux qui communiquaient avec les anciennes; et quand elle était générale, on la trouvait plus marquée près de ces dernières que partout ailleurs.

37. Devenue rouge, la membrane muqueuse bronchique était quelquefois un peu épaissie, quelquefois aussi elle était le siége de petites ulcérations. Mais bien plus ordinairement alors il y avait élargissement des bronches et épaississement des tissus qui entrent dans leur composition. L'épaississement était surtout très-marqué au sommet des poumons. Là, les rameaux bronchiques avaient fréquemment une épaisseur triple et quadruple de celle qui leur est ordinaire; et l'on conçoit que les diverses lésions devaient ajouter beaucoup à la gravité de l'affection principale.

38. L'*inflammation du parenchyme pulmonaire* n'était pas rare. Nous l'avons vue au second degré, dans une étendue très-variable, chez dix-huit sujets, ou un peu moins de la sixième partie des cas. Le tissu pulmonaire, dans les points correspondans, était rouge, privé d'air, dur, grenu, en un mot hépatisé, et presque toujours l'hépatisation avait lieu dans le lobe

inférieur. Chez neuf malades elle occupait une grande étendue, la moitié, les trois quarts de l'un des poumons. Chez les autres, elle était bornée à un espace bien moins considérable, et se présentait sous forme de petites masses plus ou moins disséminées. Les excavations tuberculeuses étaient vastes sur quatre des premiers sujets. Chez les autres, il n'y avait que des granulations demi-transparentes, ou des tubercules incomplètement vidés.

Les caractères de la lésion indiquaient une maladie récente, et l'histoire des symptômes montrait, comme nous le verrons plus tard (286), que son début n'avait précédé la mort que de quelques jours.

39. Nous avons rencontré l'engouement, ou le premier degré de la péripneumonie, sur vingt-trois sujets, et ordinairement dans une petite étendue. Dans quatre cas seulement la lésion occupait la plus grande partie de l'un, ou même des deux poumons. Là où elle existait, le parenchyme pulmonaire était encore un peu crépitant, laissait couler beaucoup de fluide rouge et spumeux par les incisions qui y étaient pratiquées : sa consistance avait beaucoup diminué, ou se déchirait sans effort.

Dans l'un des cas où l'engouement occupait un espace considérable, nous avons observé, deux jours avant la mort, des douleurs, puis une crépitation plus ou moins fine du côté qui était affecté. Ces symptômes, en confirmant le caractère inflammatoire de la lésion, montraient qu'ici, comme dans le cas précédent, la phlegmasie n'avait débuté que dans les derniers jours de la vie.

40. Le développement de cette affection, à une époque si voisine de la mort, n'est point particulier aux sujets atteints de phthisie. Nous l'avons encore observé à la suite des autres maladies chroniques, et à-peu-près dans la même proportion. Sur cent douze sujets morts dans la dernière période de ces affections, douze avaient une partie plus ou moins considérable de l'un, quelquefois de deux poumons, rouge, grenue, hépatisée. L'engouement s'est présenté dix fois sur d'autres sujets; et ici, comme chez les phthisiques, l'histoire des symptômes montrait que l'inflammation n'avait précédé la mort que de quelques jours.

Il résulte de ce rapprochement, que les tubercules et les excavations tuberculeuses sont à-peu-près sans influence sur le développement de la péripneumonie dans la dernière période de la phthisie.

Article II.

DES PLÈVRES.

41. Rien n'était si commun que l'*adhérence* des poumons aux plèvres; au point que, sur cent douze individus, nous n'en avons trouvé qu'un seul dont les deux poumons fussent parfaitement libres dans toute leur étendue. Huit fois seulement nous avons vu le poumon droit tout-à-fait libre; sept fois celui

du côté gauche, et alors il n'y avait pas d'excavations tuberculeuses, ou elles étaient très-petites.

Dans vingt-cinq autres cas, les adhérences étaient celluleuses, faciles à rompre, bornées à une petite étendue, existaient rarement des deux côtés à-la-fois. Sur sept de ces vingt-cinq sujets, il n'y avait pas d'excavation dans le poumon correspondant à l'adhérence; chez dix autres elles étaient petites. Elles avaient des dimensions moyennes ou très-considérables dans les huit derniers cas.

Chez le reste des individus, les adhérences étaient universelles, ou seulement très-étendues; avaient lieu au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins serré, ou d'une fausse membrane, et presque constamment alors on trouvait de vastes excavations.

Ainsi, il y avait proportion entre les adhérences et le désordre intérieur. Point d'adhérences, point de grandes ni de moyennes excavations, le plus souvent même absence de toute espèce d'excavation. Adhérences faibles et peu étendues, excavations ordinairement très-petites, rarement d'une grande capacité; quelquefois absence d'excavation. Enfin, adhérences intimes plus ou moins étendues, assez souvent même universelles; excavations constantes, et, dans la très-grande majorité des cas, de vaste ou de moyenne dimension.

42. Le rapport qui existait entre la grandeur des cavités tuberculeuses et les adhérences, indiquait l'influence des premières sur les secondes. Les grandes excavations occupaient toujours le sommet des poumons, étaient très-rapprochées de leur superficie, et là, seulement, se trouvaient ces fausses membranes

si épaisses, si dures, dont nous avons déjà parlé (23), qui fortifiaient les parois de l'excavation, quelquefois même les formaient immédiatement dans une partie de leur étendue. L'influence dont il s'agit semblait encore démontrée par d'autres faits. Ainsi, sur deux sujets dont les poumons ne contenaient que deux masses de matière tuberculeuse immédiatement au-dessous de la plèvre, il n'y avait d'adhérence que dans le point correspondant. Cette adhérence avait lieu au moyen d'une bride celluleuse d'un pouce et demi de long, et de la même largeur que la masse tuberculeuse.

43. Deux fois nous avons trouvé, convertie en matière tuberculeuse, une fausse membrane d'une médiocre consistance, qui recouvrait les plèvres pulmonaire et costale. (Obs. 16.) Un troisième cas nous a fourni l'exemple de la même transformation, dans un point très-limité, d'une fausse membrane semi-cartilagineuse, qui enveloppait le sommet de l'un des poumons.

44. Ces adhérences étaient la suite d'une inflammation chronique plus ou moins ancienne ; et comme nous le verrons dans la suite, l'histoire des malades pouvait indiquer, dans bien des cas, l'époque à laquelle on devait en faire remonter le début (246).

45. Chez les sujets morts à la suite d'autres maladies chroniques, il n'en a pas toujours été ainsi, et dans la plupart des cas nous n'avons pu nous rendre compte des adhérences que nous observions. Nous les avons rencontrées trente-cinq fois sur cent dix sujets, et dans douze cas elles étaient universelles, avaient lieu à droite et à gauche, ou seulement

de l'un des côtés. Quoique considérable, cette proportion est, comme on voit, bien inférieure à celle que nous avons observée chez les phthisiques (41); preuve nouvelle de l'influence des tubercules sur la production des adhérences. Mais, ce qui est tout-à-fait propre aux phthisiques, sous le point de vue qui nous occupe, c'est l'espèce de calotte semi-cartilagineuse qui recouvre si fréquemment le sommet de leurs poumons, et la conversion des fausses membranes pleurétiques en matière tuberculeuse.

46. Comme la péripneumonie, la *pleurésie* avait lieu chez un assez grand nombre de sujets dans les derniers jours de l'existence, quand la faiblesse et le marasme étaient à leur comble. Nous l'avons observée dans la dixième partie des cas. Le poumon ou la plèvre costale, ordinairement l'un et l'autre, étaient recouverts, dans une étendue plus ou moins considérable, par une fausse membrane jaunâtre, molle, plus ou moins épaisse ; et il y avait épanchement d'une certaine quantité de sérosité roussâtre, trouble ou claire, ou même d'un véritable pus. Les caractères de la lésion indiquaient son peu d'ancienneté, et l'histoire des symptômes montrait que son début ne remontait qu'à dix-neuf, douze, huit et trois jours avant la mort (287).

47. Les sujets qui avaient succombé à d'autres maladies chroniques, nous ont présenté les mêmes désordres, précédés des mêmes symptômes dans les derniers jours de la vie. Seulement, c'était dans une proportion un peu moins considérable, dans la treizième partie des cas.

Ainsi, la péripneumonie et la pleurésie se dévelop-

pent souvent dans les dernières périodes de la phthisie et des autres maladies chroniques : quelquefois à la suite de causes évidentes, comme l'application d'un léger froid à la surface du corps : le plus ordinairement sans cause appréciable. Leur marche est rapide; elles augmentent le nombre des causes qui accélèrent la mort des phthisiques; nouvelle raison de redoubler de soins auprès des malades arrivés aux dernières périodes des affections de long cours, et de les soustraire à toutes les causes extérieures capables d'amener l'un ou l'autre des accidens dont il s'agit.

48. Nous avons encore observé plusieurs fois, dans la cavité des plèvres, un *épanchement de sérosité* claire, de la valeur d'une pinte et au-delà. Cet épanchement, qui existait dans la dixième partie des cas, survenait quelquefois très-rapidement. Nous en avons eu la preuve sur deux malades, dont la poitrine rendait un son fort clair dans toute sa hauteur, un jour et demi avant la mort, et chez lesquels nous trouvâmes deux pintes de sérosité limpide dans un des côtés de la poitrine.

Le même épanchement avait lieu à la suite des autres affections chroniques, et, à part les maladies du cœur, dans la quatrième partie des cas. Cette différence de proportion répond à celle que nous avons remarquée au sujet des adhérences des poumons aux plèvres, chez les phthisiques et chez ceux qui succombent à d'autres affections organiques. Elle semble indiquer que l'hydrothorax qui nous occupe est indépendant de la nature de la maladie.

Article III.

DE L'ÉPIGLOTTE, DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

49. De ces trois organes continus les uns aux autres, faisant partie du même appareil, ayant beaucoup d'analogie de structure, et susceptibles des mêmes lésions, le larynx est le seul qui ait fixé, dans l'histoire de la phthisie, l'attention des observateurs. On a décrit les ulcérations dont il est le siége, mais on n'a point parlé de celles de l'épiglotte, et à peine a-t-on indiqué l'existence de celles de la trachée-artère. La raison de cet oubli tient sans doute à l'absence, bien souvent complète, des symptômes qui pourraient annoncer ces lésions, et à l'habitude dans laquelle sont beaucoup de médecins de n'examiner, après la mort, que ceux des organes dont les fonctions paraissaient plus ou moins profondément altérées pendant la vie. Quoi qu'il en soit, les ulcérations de l'épiglotte ne sont pas rares chez les phthisiques; elles sont presque aussi fréquentes que celles du larynx, en sorte que sur cent deux sujets dont le conduit aérien a été examiné avec soin, elles étaient, avec ces dernières et celles de la trachée-artère, dans la proportion de 18, 22, 31.

§. Ier. *Ulcérations de la trachée-artère.*

50. Quand la membrane muqueuse de la trachée-artère était ulcérée, on la trouvait ordinairement d'un

rouge vif. Quelquefois néanmoins, surtout quand il n'y avait qu'un petit nombre d'ulcérations, elle conservait la blancheur qui lui est naturelle. Ce cas s'est présenté sur six des trente et un sujets chez lesquels nous avons observé la lésion qui nous occupe, et parmi eux se trouvait un exemple d'ulcérations très-étendues. (Obs. 16.) C'est dans la moitié inférieure de la trachée-artère, c'est-à-dire dans le point où se trouvaient les ulcérations les plus nombreuses et les plus larges, que la rougeur était la plus marquée. A cette rougeur se joignaient, dans un petit nombre de cas, chez la cinquième partie des sujets environ, un léger épaississement et une diminution peu considérable de consistance de la membrane muqueuse.

51. Quand elles étaient petites, lés ulcérations se trouvaient ordinairement réparties d'une manière uniforme dans tout le pourtour de la trachée-artère ; elles étaient arrondies ou ovalaires, d'une ligne, un peu plus ou un peu moins, de diamètre. La membrane muqueuse était détruite à leur niveau, leur fond formé par le tissu cellulaire peu ou point épaissi, leurs bords plats, en sorte qu'elles semblaient faites comme par un emporte-pièce. On conçoit, d'ailleurs, que ces petites ulcérations échapperaient souvent aux recherches de l'observateur, à raison de l'aplatissement de leurs bords et quelquefois de leur couleur rose, si la trachée-artère n'était pas examinée avec beaucoup de soin, et préalablement lavée.

52. Plus considérables, les ulcérations étaient inégalement distribuées. Les plus larges correspondaient à la portion charnue de la trachée-artère. La membrane muqueuse conservait à son pourtour, comme

dans le cas où elles étaient petites, l'épaisseur, la consistance et la couleur qu'elle avait dans la plus grande partie de son étendue. La tunique sous-muqueuse, durcie et épaissie, en formait le fond; ou bien elle était détruite en totalité ou en partie, et la membrane musculaire mise à nu dans le point correspondant. (Obs. 15, 16.) A son tour, cette membrane, ainsi découverte, était deux et trois fois plus épaisse que dans l'état naturel, et dans un petit nombre de cas on la trouvait plus ou moins profondément ulcérée. (Obs. 16.)

Chez quelques sujets, on voyait un certain nombre de cerceaux cartilagineux entièrement dénudés, amincis, et en partie détruits (Obs. 15, 16); ou même ils offraient une solution de continuité dans leur longueur. Nous n'avons rencontré ce dernier cas qu'une seule fois (Obs. 16); tandis que la destruction complète de la membrane muqueuse de la trachée-artère, dans toute la hauteur de sa portion charnue ou à-peu-près, s'est présentée cinq fois à notre observation. (Obs. 15, 43.)

53. La préférence que les grandes ulcérations affectaient presque constamment pour la partie postérieure de la trachée-artère, semble pouvoir s'expliquer par le passage habituel et le séjour plus ou moins prolongé des crachats sur cette partie. Car, si des boissons trop excitantes causent l'inflammation, puis l'ulcération de la membrane muqueuse de l'estomac, il doit en être de même pour celle de la trachée-artère, par suite de l'action d'un fluide excrémentitiel sans doute très-irritant. Ajoutons qu'il serait difficile d'expliquer d'une autre manière pourquoi les ulcérations de l'épi-

glotte ont presque uniquement lieu, comme nous le dirons dans un instant, à sa face inférieure, celle qui est touchée plus ou moins fréquemment par les crachats.

Toutefois, en admettant que la matière de l'expectoration ait une influence marquée sur la grandeur et le siége des ulcérations de la trachée-artère, on doit reconnaître qu'elles ont encore une autre cause; car il s'en faut de beaucoup qu'elles soient toujours proportionnées à la mauvaise qualité des crachats, ou qu'elles existent toutes les fois que le désordre des poumons est considérable, et les excavations tuberculeuses anciennes. Ajoutons que les bronches, sur lesquelles la matière de l'expectoration passe et séjourne plus ou moins, sont, plus rarement que la trachée-artère, le siége de quelqu'ulcération; au point qu'elles ne nous en ont offert que dans sept cas. Il se pourrait cependant que ce nombre fût un peu au-dessous de la vérité, vu que, sous ce rapport du moins, nous n'avons pas toujours examiné les bronches avec la même exactitude que la trachée-artère.

54. Dans la troisième partie des cas où cet organe n'offrait point d'ulcération, sa membrane muqueuse avait une couleur rouge d'autant plus vive qu'on se rapprochait davantage de sa bifurcation. Elle était encore plus foncée au niveau de la portion charnue que partout ailleurs; en sorte qu'elle suivait dans sa progression la même marche que les ulcérations, et dépendait, sans doute, en partie comme elles, du passage et du séjour plus ou moins prolongé des crachats sur la trachée-artère.

§. II. *Ulcérations du larynx.*

55. Elles étaient, comme nous l'avons dit, un peu moins communes que les précédentes, se montraient bien rarement sans elles, existaient chez la quatrième partie des sujets. Deux fois seulement nous les avons observées sans complication avec celles de la trachée-artère, dont elles différaient bien sensiblement dans beaucoup de cas. Rarement superficielles et faites comme avec un emporte-pièce, elles avaient ordinairement une certaine profondeur, étaient plus ou moins irrégulières, avaient d'une à dix lignes de surface environ. Leurs bords, plus ou moins durs, étaient quelquefois comme lardacés ; leur couleur grisâtre ou blanchâtre. La membrane muqueuse était pâle et parfaitement saine dans le reste de son étendue.

56. Le siége le plus commun de ces ulcérations répondait à la réunion des cordes vocales, où elles étaient quelquefois superficielles ; venaient ensuite les cordes vocales elles-mêmes, surtout leur partie postérieure ; la base des aryténoïdes, la partie supérieure du larynx, et l'intérieur des ventricules, que nous n'avons trouvé qu'une seule fois le siége d'une petite ulcération superficielle.

Quelquefois une ou plusieurs des cordes vocales étaient entièrement détruites, et la base des cartilages aryténoïde à découvert. Dans ce cas, ceux-ci étaient parfaitement sains.

---

§. III. *Ulcérations de l'épiglotte.*

57. Nous les avons observées sur dix-huit sujets, ou à-peu-près dans la sixième partie des cas; et cinq fois sans complication avec celles du larynx et de la trachée-artère. Dans les autres cas, cette complication existait; de manière que tous les exemples d'ulcérations énumérés dans ce paragraphe et les deux précédens, ont été recueillis sur quarante-quatre sujets, ou environ les quatre dixièmes de ceux dont nous analysons maintenant l'histoire.

58. Quelquefois superficielles, les ulcérations de l'épiglotte avaient ordinairement une certaine profondeur, sans néanmoins (à deux exceptions près) reposer sur le fibro-cartilage. Superficielles, la membrane muqueuse qui les environne ne paraissait pas sensiblement épaissie; profondes, elle était un peu plus dure et plus épaisse que dans l'état naturel, soit à leur pourtour, soit dans leur intervalle. Quelquefois aussi elle avait une couleur rose, et dans plusieurs cas le tissu qui la sépare du fibro-cartilage était plus ou moins boursouflé.

58. Les ulcérations existaient, comme nous l'avons déjà dit, presque uniquement à la face laryngée de l'épiglotte, et le plus ordinairement dans sa moitié inférieure. Une seule fois nous en avons rencontré quelques-unes à sa face linguale. (Obs. 12.) Leur largeur était d'une ou deux lignes, souvent plus. Dans quelques cas même la membrane muqueuse de l'épiglotte manquait dans toute l'étendue de sa face laryngée. (Obs. 8. 14. 15.) Dans d'autres, on trouvait,

avec les ulcérations, le fibro-cartilage détruit dans une partie de sa circonférence, et alors l'épiglotte semblait comme festonnée. Nous avons observé cette disposition sur quatre sujets. Un cinquième nous a fourni l'exemple d'une destruction complète de l'épiglotte. (Obs. 13.)

59. Nous n'avons rencontré dans aucun cas des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte, du larynx ou de la trachée-artère ; en sorte que nous croyons devoir considérer l'inflammation comme la cause la plus fréquente des ulcérations qu'on y observe.

Un autre fait qu'il importe de remarquer, c'est que ces ulcérations étaient beaucoup moins communes chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion d'un à deux. Ainsi, bien qu'en nombre égal, les femmes n'offraient que six exemples de cette lésion à l'épiglotte, sept au larynx et neuf à la trachée-artère, sur dix-huit, vingt-trois, et trente-un cas de cette espèce ; et comme la proportion est à-peu-près la même pour les trois ordres d'ulcérations, il est plus que probable qu'elle n'est pas l'effet du hasard.

---

60. En faisant un relevé exact de l'état de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère, chez des sujets qui avaient succombé à des affections différentes de la phthisie, et principalement à des maladies chroniques, nous avons trouvé, sur cent quatre-vingts individus, un exemple d'ulcération au larynx, et deux autres de la même lésion existant à-la-fois au larynx

et à la trachée-artère. Dans le premier cas, le sujet avait succombé à une péripneumonie, et les poumons n'offraient aucune trace de lésion organique. Dans les deux derniers, les malades étaient morts de cancer ou de ramollissement du cerveau, et avaient des excavations tuberculeuses dans les poumons. D'où il suit qu'il faut considérer les ulcérations du larynx, et surtout celles de la trachée-artère et de l'épiglotte, comme des lésions propres à la phthisie.

A part trois cas d'un léger œdème de la glotte (Obs. 46), les lésions qui viennent d'être décrites sont les seules que nous ayons observées chez les phthisiques, dans les organes dont il vient d'être question.

Chapitre II.

APPAREIL DE LA CIRCULATION.

Article Premier.

DU CŒUR ET DU PÉRICARDE.

61. On a mis la phthisie au nombre des causes de l'anévrysme du cœur; mais cette opinion ne nous semble pas avoir le témoignage des faits en sa faveur. Sur cent douze sujets morts phthisiques, nous n'avons trouvé que trois exemples d'une augmentation manifeste du volume du cœur. Cette augmentation avait lieu aux dépens du ventricule gauche, pouvait être évaluée au tiers ou au quart du volume de l'organe,

et les malades qui en étaient l'objet n'avaient point éprouvé les symptômes de l'anévrysme. Dans un bien plus grand nombre de cas, le cœur était au-dessous de ses dimensions ordinaires, avait à peine la moitié ou les deux tiers du volume qui lui appartient.

Ce dernier fait se conçoit sans peine, par suite de l'émaciation générale et de la diminution de la masse des liquides ; mais il n'en serait pas ainsi de la dilatation des cavités du cœur ; car les obstacles à la circulation pulmonaire auxquels on pourrait l'attribuer, se forment généralement avec lenteur, sont par cela même proportionnés à la masse des fluides, et ne doivent plus être considérés comme une cause de dilatation. Ajoutons que s'ils devaient amener l'augmentation du volume du cœur, ce serait seulement du côté droit, ce qui n'a pas été observé.

62. La diminution du volume du cœur existait dans la très-grande majorité des cas, sur des sujets dont la maladie avait marché avec lenteur, mais aussi chez quelques-uns de ceux qui en avaient été rapidement les victimes; dans l'espace de cinq mois, par exemple.

63. Le cœur avait généralement une fermeté convenable. Toutefois, nous l'avons trouvé plus ou moins flasque et mou dans la cinquième partie des cas environ, et cette diminution de consistance n'était en rapport ni avec la durée de la maladie, ni avec l'âge des individus. D'autres fois, il avait plus de fermeté que dans l'état ordinaire, ce qui avait principalement lieu lors de l'épaississement des parois de l'une ou de l'autre de ses cavités.

64. Cet épaississement existait à un degré remarquable sur sept sujets ; six fois pour le ventricule

gauche, et une fois seulement pour le ventricule droit : proportion inverse de celle qui devrait exister, si la cause de ce phénomène était un obstacle à la circulation pulmonaire. Dans ces différens cas, la cavité du cœur était rétrécie, son volume n'avait pas changé d'une manière sensible ; ou bien il était moindre que dans l'état naturel, et alors on devait admettre qu'il y avait retour des parties sur elles-mêmes, et non hypertrophie. C'était le même phénomène qu'on observe si fréquemment sur les intestins quand ils sont resserrés.

65. L'amincissement des ventricules était plus rare. Nous ne l'avons observé que deux fois à droite et quatre fois à gauche ; de manière que, sous quelque rapport que nous envisagions les cavités du cœur, nous voyons celles du côté droit conserver la disposition qui leur est naturelle, bien plus souvent que celles du côté gauche ; et que tout ce qu'il est possible de conclure de l'influence de la phthisie sur l'organe central de la circulation, c'est qu'elle détermine l'amoindrissement de son volume comme de celui des autres organes.

66. Dans aucun cas nous n'avons trouvé de lésion organique dans les parois de l'une ou de l'autre des cavités du cœur ; ce qui indique que l'activité d'un organe est loin de pouvoir rendre compte des altérations plus ou moins fréquentes de tissu qu'on y observe.

67. Nous avons rencontré deux fois l'adhérence du *péricarde* au cœur. Dans un troisième cas, ils étaient tapissés l'un et l'autre par une fausse membrane d'une ligne d'épaisseur, d'une consistance médiocre, au milieu

de laquelle se trouvait une petite quantité de sérosité claire. Le sujet qui nous a offert cet exemple de péricardite (Obs. 19) eut beaucoup de palpitations, et son pouls fut d'une irrégularité extrême pendant les vingt-trois jours que nous l'observâmes.

Chez la dixième partie des individus, il y avait dans le péricarde un épanchement de sérosité de la valeur de cinq à dix onces.

---

68. A la suite des autres maladies chroniques, l'état du cœur était à-peu-près le même que chez les phthisiques. Sur quatre-vingts cas de cette espèce, nous l'avons trouvé plus volumineux que dans l'état naturel chez cinq sujets. Neuf fois il était flasque et mou; huit fois le ventricule gauche était hypertrophié; sept fois nous l'avons trouvé aminci; tandis que l'hypertrophie et l'amincissement du ventricule droit n'existaient que dans un seul cas. Enfin le volume du cœur était bien moindre que dans l'état naturel chez trente sujets, ou un peu plus du tiers des individus; c'est-à-dire, proportion gardée, plus fréquemment que dans la phthisie. Cette différence tenait aux affections cancéreuses et en particulier à celles de l'estomac et de l'utérus, dans lesquelles la diminution du volume du cœur était à-la-fois plus fréquente et plus marquée qu'à la suite d'aucune autre maladie.

Article II.

DE L'AORTE.

69. Elle était parfaitement saine dans la majorité des cas, et d'un rouge plus ou moins vif dans une portion ou dans la totalité de son étendue, chez la quatrième partie des sujets. Cette rougeur pénétrait plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la tunique moyenne, s'étendait à toute la circonférence de l'artère, qu'elle contînt peu ou point de sang; de manière qu'on ne pouvait pas la considérer comme l'effet de l'imbibition. Quelquefois elle se continuait au loin dans les gros troncs qui naissent de l'aorte, et en particulier dans les carotides. Un seul cas excepté, elle n'existait que chez des individus âgés de vingt à trente-deux ans. (Obs. 1, 19, 30, 40, etc.)

70. Les altérations organiques de l'aorte, les plaques jaunes et mollasses ou blanches et cartilagineuses, les ulcérations qui en sont la suite dans beaucoup de cas, enfin les plaques osseuses étaient un peu moins fréquentes que la rougeur, existaient dans la sixième partie des cas seulement, sur des individus de trente-cinq à soixante-quinze ans, simples ou compliquées. En général, elles étaient plus avancées dans leur développement, et on en rencontrait plus souvent près de la bifurcation de l'aorte que dans le reste de son étendue.

71. A raison de la diminution de la masse des liquides, il est naturel de penser que les artères et en

particulier l'aorte, doivent avoir un volume moins considérable chez les phthisiques que chez les sujets qui succombent à des maladies aiguës. Cette différence existait effectivement, mais moins considérable peut-être qu'on ne l'aurait d'abord présumée. Ainsi, sur douze sujets de vingt à trente ans, morts de fièvre grave, l'aorte avait, terme moyen, au niveau du bord libre des valvules sygmoïdes, un pouce au-dessous de la naissance de la sous-clavière gauche, un pouce au-dessus du tronc cœliaque et de sa division en iliaques, 28 lig. 9/10es, 20 lig. 4/10es, 17 lig. 9/10es, 13 lig. 6/10es; tandis que sur un pareil nombre de phthisiques du même âge, elle avait, mesurée aux mêmes points, 27 lig, 4/10es, 19 lig. 3/10es, 16 lig. 7/10es, et 12 lig. 6/10es; différence peu considérable, comme on voit, mais réelle cependant et proportionnée dans toute l'étendue de l'artère à son calibre; de manière qu'au niveau de sa plus petite dimension, la différence était moindre que partout ailleurs, précisément d'une ligne (1).

Nous avons fait cette comparaison sur des sujets du même âge, parce que les dimensions de l'aorte varient beaucoup aux différentes époques de l'existence. C'est ainsi que de quarante à cinquante ans, elle a de trente-quatre à trente-cinq lignes de large au bord libre des valvules sygmoïdes, chez les individus

(1) L'inégalité de largeur de l'aorte dans l'espace compris entre la sous-clavière gauche et le tronc cœliaque, montre que cette artère n'est pas composée d'une suite de cylindres; qu'elle est véritablement conoïde. Nous nous sommes assuré qu'il en était encore de même pour l'artère fémorale, la carotide primitive et d'autres vaisseaux d'un moindre volume.

qui meurent de maladies aiguës ; trente-deux lignes chez les phthisiques, et trente seulement chez des sujets du même âge morts de cancers ; et ces différences existent dans toute la longueur de l'artère, proportionnément à son calibre. La dernière mérite surtout d'être remarquée, en ce qu'elle s'accorde parfaitement avec ce qui a été dit plus haut de la petitesse du cœur à la suite des affections cancéreuses.

---

72. Les lésions de l'aorte qui viennent d'être exposées, existaient aussi à la suite des autres maladies chroniques, mais dans une proportion différente : la rougeur avait lieu dans la huitième partie des cas, et les lésions organiques chez la moitié des individus. Cette différence pourrait faire croire à une dépendance quelconque entre les divers états de l'aorte et la nature de l'affection à laquelle les malades avaient succombé ; mais tout s'explique par la considération de l'âge. Et en effet, qu'on observât la rougeur de l'aorte à la suite de la phthisie ou de quelque autre affection chronique, c'était toujours chez des individus de vingt à trente-cinq ans ; et la plupart des phthisiques meurent dans la jeunesse, tandis que c'est ordinairement à un âge plus avancé qu'on succombe aux autres maladies chroniques.

73. La fréquence des lésions organiques de l'aorte, comparée à l'extrême rareté de celles du cœur (1),

(1) Sur trois cent cinquante sujets morts des maladies les plus variées, nous n'avons vu que deux cas de lésions organiques du cœur, et chaque fois c'était une transformation partielle de son tissu en matière cancéreuse.

confirme ce que nous avons dit précédemment (67), savoir : que cette espèce d'altération n'est pas toujours en rapport avec l'activité des fonctions, puisque l'aorte n'en remplit pour ainsi dire que de mécaniques.

74. Dans les cas où la membrane interne de l'aorte était rouge, on ne la trouvait point épaissie ; quelquefois seulement, dans les points où la rougeur était très-foncée, nous l'avons vue moins consistante et plus facile à séparer de la tunique moyenne que dans l'état naturel. Celle-ci, lors même qu'elle était colorée, n'offrait aucune altération de consistance ou d'épaisseur ; et comme la rougeur (ordinairement la seule lésion de la membrane interne) ne suffit pas pour caractériser l'inflammation, il nous semble convenable, avant de prononcer sur la cause de la lésion qui nous occupe, d'attendre de nouveaux faits. A la vérité, M. Bertin, dans son ouvrage sur les maladies du cœur, rapporte une observation dans laquelle il a trouvé la membrane interne de l'aorte d'un rouge vif, et couverte d'une exudation couenneuse membraniforme, c'est-à-dire manifestement enflammée. Mais l'auteur s'est borné à décrire cette rougeur ; il n'a parlé ni de la consistance, ni de l'épaisseur des tuniques de l'artère : en sorte que son observation, d'ailleurs si intéressante, ne peut servir à déterminer d'une manière générale quand la rougeur dont il s'agit devra être considérée comme inflammatoire.

Quant aux plaques jaunes, ou blanches et cartilagineuses, etc., dont nous avons parlé, leur cause nous semble encore plus obscure. On ne les rencontre, comme nous l'avons dit, qu'à une certaine époque de la vie, après trente-six ou quarante ans, et alors

elles existent plus ou moins nombreuses sur presque tous les sujets. Elles semblent, par cela même, assujéties à des lois primordiales, uniformes pour tous, et être la suite naturelle de l'âge : aucun symptôme ne les indique, et nous ne voyons pas sur quel fondement on pourrait les considérer comme un des produits de l'inflammation. Pour en venir là, il faudrait, ce nous semble, avoir démontré qu'il n'y a et ne peut y avoir de lésion organique que par suite de l'inflammation.

Chapitre III.

DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Article Premier.

DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

75. L'un et l'autre étaient presque toujours dans l'état naturel.

Sur quatre-vingts sujets, nous n'avons observé de lésion au *pharynx* que dans deux cas, savoir, des ulcérations. Elles étaient petites, nombreuses, et presque uniformément distribuées dans toute l'étendue de la membrane muqueuse, qui avait, dans leur intervalle, un peu plus d'épaisseur que dans l'état sain. (Obs. 13, 29.)

76. Sur le même nombre d'individus, nous avons trouvé deux fois des ulcérations dans l'*œsophage*. Dans

l'un des cas il n'y en avait qu'une seule, de cinq lignes de diamètre, placée à la partie moyenne de l'organe. Une lame extrêmement mince de tissu cellulaire en faisait le fond; tandis qu'à son pourtour la membrane muqueuse était épaissie, doublée par un feuillet de tissu cellulaire, et décollée dans la largeur de deux lignes. Dans l'autre, il y avait beaucoup d'ulcérations. Elles étaient fort petites, superficielles, et faites comme par un emporte-pièce. (Obs. 34.)

77. Nous avons vu assez fréquemment la face interne de l'œsophage tapissée par une sorte de détritus, espèce de fausse membrane, semblable aux plaques couenneuses qui se développent si souvent à l'intérieur de la bouche, et dont nous parlerons plus tard (354). Dans ces cas, l'épiderme de l'œsophage avait disparu; mais sa membrane muqueuse ne présentait aucune altération de couleur, de consistance ou d'épaisseur. (Obs. 30.)

78. La partie inférieure de l'œsophage était ramollie et amincie sur trois sujets; et cette lésion, qui portait sur tous les tissus, existait aussi dans l'estomac. (Obs. 26.)

79. Nous n'avons observé aucun symptôme qui pût être rapporté aux ulcérations du pharynx, à celles de l'œsophage, et à l'amincissement de la partie inférieure de ce dernier. Il en a été de même des cas où l'espèce de fausse membrane pultacée dont il a été question, existait; à moins qu'on ne veuille lui attribuer la gêne de la déglutition qui a existé pendant un espace de temps assez considérable chez un des sujets. (Obs. 30.)

80. Les cadavres d'individus morts de toute autre affection chronique que la phthisie, ne nous ont offert ni ulcération ni amincissement du pharynx ou de l'œsophage. Et à la suite des maladies aiguës, nous n'avons trouvé d'ulcérations de la membrane muqueuse de ce dernier, que dans les cas de fièvre grave. — L'espèce de détritus, ou de fausse membrane dont il a été parlé, existait plus ou moins fréquemment à la suite de toutes les affections chroniques.

Article II.

DE L'ESTOMAC.

§. 1er. *Du Volume et de la Position de l'estomac.*

81. Ils offraient quelquefois l'un et l'autre des changemens remarquables. De quatre-vingt-seize sujets chez lesquels ils ont été notés avec soin, neuf avaient l'estomac doublé ou triplé de volume, et descendu au-dessous de sa position habituelle. Dans six de ces cas, la grande courbure était de niveau avec la crête de l'os des îles. (Obs. 18, 19.) Dans les trois autres, elle dépassait d'une petite quantité seulement l'ombilic. Dans tous, le foie était volumineux, abaissé dans la même proportion que l'estomac, et recouvrait une plus ou moins grande partie de sa face antérieure.

---

82. Le déplacement et l'augmentation du volume de l'estomac au point qui vient d'être indiqué, sont pour ainsi dire propres aux phthisiques. On ne les observe que très-rarement chez les sujets qui succombent à d'autres affections; ce qui doit faire présumer que dans la plupart des cas ils sont une suite naturelle des secousses de toux plus ou moins répétées. Sur deux cent trente sujets morts de maladies chroniques ou aiguës de diverse nature, nous ne les avons rencontrés que deux fois. L'un des cas était l'exemple d'une affection du cœur ; l'autre, d'une carie de la colonne vertébrale. Dans tous deux, la grande courbure de l'estomac était de niveau avec la crête de l'os des isles, le foie volumineux et bas; en sorte que toutes les fois que la double disposition qui nous occupe s'est présentée à notre observation, il y a eu un rapport constant entre l'état du foie et celui de l'estomac.

83. Les lésions de ce dernier étaient principalement relatives à la membrane muqueuse. Elle était ramollie et amincie, quelquefois même détruite chez certains sujets; d'une rougeur plus ou moins vive, et quelquefois épaissie à la face antérieure chez d'autres; ou bien la rougeur, accompagnée d'un ramollissement très-marqué, n'existait que dans le grand cul-de-sac. Dans quelques cas il y avait des ulcérations : plus fréquemment la membrane muqueuse avait un aspect mamelonné très-remarquable, etc. Nous allons décrire, dans l'ordre qui vient d'être indiqué, ces différens états.

§. II. *Ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac.*

84. Cette lésion, que nous avons déjà signalée (1), existait dans la cinquième partie des cas environ, dix-neuf fois sur quatre-vingt-seize sujets. Son siége le plus ordinaire était la partie supérieure et surtout le grand cul-de-sac de l'estomac. Assez souvent elle occupait la moitié de la surface de ce viscère, quelquefois davantage, ou bien elle était bornée à une étendue de huit à dix pouces carrés seulement. (Obs. 1, 3, 4, 7, 27, 26, 32, 35, 39.)

85. Les parties où on l'observait avaient un coup-d'œil blanc bleuâtre, ou légèrement jaunâtre, étaient dépourvues de mucus et remarquables par un plus ou moins grand nombre de vaisseaux larges et vides, quelquefois remplis d'un sang noirâtre. Elles étaient déprimées, et la membrane muqueuse plus ou moins saillante à leur pourtour. Ces différens objets frappaient à la première vue, et indiquaient les points qui avaient subi l'altération qui nous occupe. La membrane muqueuse y était blanche, demi-transparente, quelquefois grisâtre ou un peu rousse; elle avait une mollesse extrême, au point qu'assez souvent elle n'avait pas plus de consistance qu'un mucus médiocrement visqueux. Son épaisseur se rapprochait plus ou moins de celle de la membrane muqueuse de l'intestin grêle; quelquefois même elle était entière-

(1) Voyez *Archives générales de Médecine*, tom. V, pag. 5; Mémoire lu à l'Académie royale de Médecine.

ment détruite dans une certaine étendue. Dans plusieurs cas, à côté de parties également ramollies et amincies, on en voyait d'autres beaucoup plus molles que minces, *et vice versâ.* Une incision pratiquée sur la membrane muqueuse ramollie et amincie, et sur celle qui était restée dans l'état naturel ou n'avait pas subi la même altération, montrait combien la différence d'épaisseur dont il s'agit était considérable.

86. Au lieu d'être continue à elle-même, cette lésion se présentait quelquefois sous forme de bandes, et alors ses caractères étaient généralement moins prononcés. Ces bandes avaient de deux à trois pouces de long sur un pareil nombre de lignes de large, quelquefois plus, étaient plus ou moins rapprochées les unes des autres, et la membrane muqueuse intermédiaire avait une épaisseur convenable.

87. Le tissu cellulaire placé au-dessous de la membrane muqueuse ramollie et amincie, était ordinairement sain. Dans quatre cas seulement il avait perdu toute consistance, la plus légère traction suffisait pour le déchirer, et les membranes musculaire et péritonéale avaient subi la même altération dans le point correspondant. Aussi, avons-nous trouvé plusieurs fois l'estomac perforé, bien que nous l'eussions séparé avec les plus extrêmes ménagemens des parties voisines, et que l'absence d'épanchement indiquât que la perforation n'avait pas existé pendant la vie. (Obs. 7, 32.)

88. Dans la plupart des cas, la portion de membrane muqueuse qui se continuait avec celle qui vient d'être décrite était mamelonnée, rouge ou grisâtre, dans une grande étendue (Obs. 1, 4, 35), quelquefois même plus ou moins épaissie ou ulcérée; ou bien (beau-

coup plus rarement, il est vrai) la portion amincie et ramollie faisait suite à une autre partie non moins amincie, mais d'un rouge vif, et successivement plus épaisse. (Obs. 39.)

89. Là où la membrane muqueuse était rouge, épaissie, quelquefois même ramollie, l'inflammation était évidente. Son état mamelonné, joint à la couleur grise et aux ulcérations, indiquait, comme nous le verrons bientôt (94), une lésion de la même nature : en sorte que dans plus de la moitié des cas, la membrane muqueuse, amincie, ramollie et décolorée, faisait suite à une partie enflammée. Il est naturel par cela même de penser que le ramollissement avec amincissement dont il s'agit, est un des résultats de l'inflammation; et cela est d'autant plus probable, que les symptômes observés étaient ceux de la gastrite, alors même que la lésion qui nous occupe n'était point accompagnée de lésions accessoires. L'amincissement et la décoloration de la membrane muqueuse n'ont rien d'incompatible avec cette manière de voir; car tous les jours on trouve, à la suite de l'application, quelquefois peu prolongée, d'un vésicatoire, la peau amincie et complètement détruite (Obs. 35), et la pâleur des tissus doit exister à une époque voisine de leur destruction.

Nous avons observé plus fréquemment la lésion qui nous occupe chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de douze à sept, et c'est une raison de croire que ses causes excitantes les plus communes ne sont pas des excès de table, les femmes y étant moins adonnées que les hommes.

§. III. *Rougeur réunie à l'épaississement, à l'état mamelonné ou à une diminution de consistance de la membrane muqueuse, dans la partie correspondante à la face antérieure de l'estomac.*

90. Huit fois, sur quatre-vingt-seize sujets, nous avons rencontré cette espèce de lésion. La membrane muqueuse qui en était le siége, était tantôt unie, tantôt inégale et mamelonnée, presque constamment couverte d'un mucus très-abondant et très-visqueux. Quand ce mucus n'était pas borné à la face antérieure de l'estomac, il y était plus tenace et en plus grande quantité que dans tout autre point. Dans quelques cas, la fermeté de la membrane muqueuse était moindre, et son épaisseur plus considérable que dans l'état naturel. Dans l'un d'eux, toute la portion rouge et épaissie était couverte par une fausse membrane molle et jaunâtre, qui ne s'étendait pas au-delà.

Cette lésion, évidemment inflammatoire, existait chez des individus de différens âges, dont la maladie avait duré un espace de temps très-variable, de trois à cinq ans; et bien plus souvent chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de sept à un. (Obs. 10, 18, 29.) — Dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins exactement dans l'état naturel.

91. La position et le volume de l'estomac avaient subi des changemens remarquables. Ce viscère était fort ample, atteignait la crête de l'os des îles chez quatre sujets, était volumineux, sans être fort abaissé, chez les autres. Chez tous, il était recouvert, dans

une assez grande largeur, par le foie, augmenté de volume ou seulement descendu au-dessous de la position qui lui est naturelle ; en sorte qu'il est presque impossible de ne pas admettre que le foie ait une certaine influence sur l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, limitée à sa face antérieure. Cette influence une fois admise, on concevrait comment les femmes, dont le foie était bien plus souvent augmenté de volume que celui des hommes, ont été beaucoup plus sujettes à cette espèce d'inflammation que les derniers.

Quand nous en serons à l'histoire des symptômes, nous verrons que, dans plusieurs cas, on pouvait faire remonter le début de la maladie à un, deux et même trois mois avant la mort, c'est-à-dire à une époque généralement moins reculée que dans le cas précédent (328).

§. IV. *Rougeur avec ramollissement de la membrane muqueuse qui recouvre le grand cul-de-sac de l'estomac.*

92. Cette lésion existait sur dix-sept des quatre-vingt-seize sujets dont il s'agit. La portion de membrane muqueuse qui en était le siége, était d'un rouge ordinairement obscur, quelquefois un peu épaissie, et sa mollesse si considérable, qu'on ne pouvait l'enlever par lambeaux, même les plus petits. (Obs. 14, 15, 19.) Rarement borné au voisinage du cardia, le ramollissement occupait une partie plus ou moins considérable du grand cul-de-sac, quelquefois même toute son étendue. Le reste de la mem-

brane était dans l'état naturel, ou avait un aspect inégal, mamelonné, une couleur grisâtre, quelquefois rosée. Dans certains cas on y voyait de petites ulcérations.

93. Bien rarement la lésion qui nous occupe était accompagnée de symptômes qu'on pût lui rapporter. Mais ses caractères nous semblent assez tranchés pour qu'il ne doive pas y avoir de doute sur sa nature. Car la rougeur intense unie au ramollissement et quelquefois à une augmentation d'épaisseur, ne pouvait être que le produit de l'inflammation ; et l'absence de symptômes, dans la plupart des cas, nous paraît seulement indiquer que cette inflammation se sera développée dans les derniers jours de la vie, comme nous avons vu que cela était si fréquent pour celle du parenchyme du poumon et des plèvres. Sans doute, et nous aurons occasion de le rappeler plus d'une fois, la faiblesse n'empêche pas les maladies de se présenter avec la plupart des symptômes qui leur sont propres; mais elle en altère quelquefois l'expression et en diminue le nombre. Ainsi, la douleur qui accompagne le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac disparaît quelquefois plusieurs jours avant la mort ; la péripneumonie, qui survient dans les dernières périodes de la phthisie, donne rarement lieu à des crachats visqueux, jaunâtres, rouillés, demi-transparens ; et dans bien des cas elle est tout-fait latente. Nous pourrions en dire autant de la pleurésie. Mais ce qui a lieu dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire et de la plèvre, peut et doit avoir lieu dans celle de la membrane muqueuse de l'estomac ; nouveau motif de considérer la lésion qui

nous occupe comme une inflammation développée dans les derniers jours de la vie.

Personne, sans doute, ne verra dans la rougeur et le ramollissement dont il s'agit, un simple phénomène cadavérique ; car la stase du sang ne produit pas le ramollissement des tissus, et il est impossible d'attribuer à deux causes si différentes une lésion identique.

§. V. *Aspect mamelonné, couleur grisâtre de la membrane muqueuse de l'estomac.*

94. Dans cet état que nous avons observé dix-huit fois, indépendamment des lésions précédentes, la membrane muqueuse, au lieu de la surface uniforme et veloutée qui lui est naturelle, offrait, dans une étendue plus ou moins considérable, des saillies de formes et de dimensions variées, ordinairement arrondies, d'une à deux lignes de diamètre, semblables aux bourgeons charnus des plaies, et parfois séparées par des sillons profonds, d'une longueur variable, d'une ligne ou un peu moins de largeur. Elle était presque toujours grisâtre, et assez fréquemment cette nuance était mêlée d'un rouge pâle. Dans certains cas nous l'avons trouvée plus consistante et plus épaisse que dans l'état naturel. Quelquefois aussi elle offrait de petites ulcérations, au niveau desquelles sa destruction n'était pas toujours complète.

95. L'aspect mamelonné dont il s'agit avait lieu dans des circonstances très-différentes, soit que l'estomac fût très-distendu ou très-rétréci. On ne saurait, par cela même, l'attribuer à des causes mécaniques : et

l'amincissement de la membrane au niveau des sillons, ses ulcérations, quelquefois son épaississement dans une certaine étendue, sa couleur presque toujours altérée, sont autant de circonstances qui indiquent un véritable état pathologique. Les mêmes circonstances, auxquelles il faut ajouter que l'aspect mamelonné existe dans des cas où il y a évidemment inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac qui en est le siége (quand, par exemple, elle est bornée à la face antérieure de ce viscère, comme nous l'avons vu), semblent indiquer que cet état est le produit de l'inflammation ; d'une inflammation lente, sans doute, comme on peut le conclure de l'absence ou de la faiblesse extrême des symptômes (339), et de la couleur grisâtre de la membrane, couleur si ordinaire dans les phlegmasies chroniques et autour des ulcérations intestinales.

§. VI. *Ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac.*

96. Nous les avons observées sur la douzième partie des sujets, ordinairement petites, peu nombreuses et compliquées avec quelque autre disposition morbide de la membrane muqueuse ; deux fois seulement dans l'état de simplicité. L'un de ces cas offrait l'exemple d'une ulcération unique, de deux pouces et demi de surface. (Obs. 38.) Dans l'autre, les ulcérations étaient petites, mais au nombre de quatre-vingts. (Obs. 20.) Dans tous, un seul excepté, la membrane muqueuse conservait autour des ulcérations l'épaisseur, la consistance et la couleur qu'elle

avait dans leur intervalle; en sorte qu'elles semblaient faites comme par un emporte-pièce. L'exception indiquée est relative à un individu qui avait dans le voisinage du pylore une ulcération à bords renversés, formés par la membrane muqueuse épaissie, rouge et ramollie, les autres tuniques n'offrant rien de remarquable.

Le tissu sous-muqueux qui formait le fond des ulcérations était quelquefois épaissi. Dans un seul cas, celui où l'ulcération était unique et considérable, il était détruit dans quelques points.

Quand les ulcérations n'étaient compliquées d'aucune autre lésion de la membrane muqueuse, on pouvait conclure de l'histoire des symptômes, qu'elles remontaient à une époque déjà éloignée au moment de la mort des sujets. (336.)

§. VII. *Autres lésions de la membrane muqueuse de l'estomac.*

97. Sur six individus chez lesquels cette membrane n'offrait aucune altération de consistance ou d'épaisseur, nous l'avons trouvée d'un rouge plus ou moins vif dans toute son étendue. Cette rougeur disparaissait après deux ou trois heures de macération. Des symptômes gastriques s'étaient manifestés, dans plusieurs cas, deux ou trois jours avant la mort (Obs. 2); en sorte que tout semble indiquer dans la lésion qui nous occupe le produit d'une inflammation récente et légère.

98. Quatre fois nous avons vu la membrane muqueuse extrêmement ramollie dans la plus grande

partie de l'extrémité supérieure de l'estomac, sans altération de couleur et d'épaisseur, sans avoir observé de symptômes gastriques remarquables.

99. Chez un sujet qui mourut le jour même de son arrivée à l'hôpital, la membrane muqueuse de l'estomac offrait sept gros mamelons, à-peu-près uniformément distribués sur sa surface, de deux à trois lignes de diamètre et de deux lignes de hauteur. Elle était un peu rouge, avait une bonne consistance et environ une ligne d'épaisseur à leur niveau. Un pouce au-dessous de l'orifice cardiaque, elle était légèrement saillante et soulevée, dans la largeur d'un pouce, par un liquide blanc bleuâtre, un peu visqueux, très-incomplètement soluble dans l'eau, et contenu dans un certain nombre de petites cellules développées dans le tissu sous-muqueux.

100. Enfin deux phthisiques nous ont fourni l'exemple, l'un, d'une sorte de cicatrisation de la membrane muqueuse de l'estomac; l'autre, de la transformation de la tunique musculaire de cet organe, dans une petite étendue, en un tissu cartilagineux : lésion rare, et que nous décrirons avec soin quand nous en serons à l'histoire des symptômes. (Obs. 21, 22.)

En résumé, sur quatre-vingt-seize sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac a été examinée et décrite avec soin, nous l'avons trouvée

Amincie et ramollie. . . . . 19 fois.
Rouge et quelquefois épaissie, mamelonnée ou ramollie à sa partie antérieure. . . . 8

Ramollie et d'un rouge obscur dans le grand cul-de-sac.	17 fois.
Mamelonnée, grisâtre, quelquefois rougeâtre, épaissie, etc.	19
Ulcérée sans autre lésion.	2
Ramollie, sans altération de couleur ou d'épaisseur.	4
D'un rouge plus ou moins vif dans toute son étendue, sans altération d'épaisseur ou de consistance.	6
Soulevée par un liquide visqueux, etc.	1
En quelque sorte cicatrisée.	1
TOTAL.	77

C'est-à-dire que la membrane muqueuse de l'estomac n'était dans un état d'intégrité à-peu-près parfait, que dans *dix-neuf* cas, ou chez la cinquième partie des sujets.

---

101. Les lésions qui viennent d'être décrites ne sont pas propres à la phthisie ; nous les avons observées à la suite des autres maladies chroniques, mais dans des proportions différentes. Sur quatre-vingt-quatorze sujets morts de quelqu'une de ces affections, la membrane muqueuse de l'estomac était

Amincie et ramollie.	6 fois.
Rouge et un peu inégale à sa face antérieure.	2
Ramollie et d'un rouge brun dans le grand cul-de-sac.	6

Plus ou moins rouge dans toute son étendue, sans ramollissement.	18 fois.
Mamelonnée, grisâtre, quelquefois épaissie ou ulcerée.	16
Total.	48

C'est-à-dire qu'elle était plus ou moins profondément lésée dans la moitié des cas, tandis qu'à la suite de la phthisie c'était chez les quatre cinquièmes des sujets. Et remarquons encore que si chez les phthisiques la lésion la plus profonde (le ramollissement avec amincissement, quelquefois la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac) était aussi une des plus fréquentes, c'était le contraire pour les sujets qui avaient succombé à d'autres affections; de manière qu'il résulte de ce rapprochement des faits, que la phthisie est tout à la fois une prédisposition aux inflammations de la membrane muqueuse de l'estomac et aux plus graves d'entre elles.

Article III.

DU DUODÉNUM.

102. Il était presque constamment dans l'état naturel. Dans quelques cas sa membrane muqueuse était rosée; d'autres fois elle avait une couleur grisâtre, ce qui était dû à une infinité de petits points noirs dont elle était semée pour ainsi dire. Assez souvent ses follicules muqueux étaient fort développés, doublés,

triplés de volume, mais sans altération de structure. Trois fois (sur soixante sujets) nous y avons observé des ulcérations. Elles avaient une ligne et une ligne et demie de diamètre, étaient au nombre de trois à dix, et d'une couleur pâle dans deux cas. (Obs. 9.) Dans le troisième, on en comptait deux de trois à quatre lignes de diamètre; leur fond était noirâtre, et formé, comme dans les cas précédens, par le tissu cellulaire sous-muqueux légèrement épaissi. A leur pourtour, la membrane muqueuse n'offrait rien de remarquable.

Dans les deux cas où les ulcérations étaient les plus petites, il y avait dans le foie des kystes non moins petits, contenant une matière verdâtre et pulpeuse; mais il n'y avait aucun rapport entre la couleur grise ou rose de la membrane muqueuse du duodénum, l'augmentation du volume des follicules muqueux, et le passage du foie à l'état gras.

Une seule fois nous avons trouvé une tumeur fibreuse, pareille à celles de l'utérus, de la grosseur d'une noisette, dans la tunique musculaire du duodénum.

A la suite des autres maladies chroniques, l'état de cet intestin était à-peu-près le même que chez les phthysiques; et sur soixante-cinq sujets, nous y avons observé un cas d'ulcération.

Article IV.

DE L'INTESTIN GRÊLE (1).

103. Avant de décrire les différentes lésions de l'intestin grêle, nous croyons utile d'arrêter un instant l'attention sur la membrane muqueuse qui le tapisse, et d'indiquer une particularité de structure, généralement négligée, qu'elle présente toujours dans l'état sain.

§. Ier. *De la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans l'état naturel.*

104. Dans cet état les parois de l'intestin sont très-minces, demi-transparentes; et si on en applique une partie sur l'extrémité des doigts, on peut ordinairement distinguer à travers les petits sillons qui y sont tracés.

Dans cette épaisseur si peu considérable, sont néanmoins comprises les membranes muqueuse, musculaire et péritonéale, unies par une petite quantité de

---

(1) On trouvera beaucoup d'analogie entre plusieurs remarques faites dans cet article, et celles de M. Billard, dans son ouvrage sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. Sans attacher trop d'importance à cette portion de notre travail, qui n'est en partie que la confirmation de ce qu'on savait déjà, nous dirons qu'elle avait été communiquée, depuis plusieurs mois, à M. Chomel, quand l'ouvrage en question parut, et que, loin de supprimer une partie de nos remarques, nous avons cru devoir les laisser intactes, comme une nouvelle preuve que la même attention à observer conduit nécessairement aux mêmes résultats.

tissu cellulaire. Dès qu'un de ces tissus est altéré d'une manière quelconque, la demi-transparence disparaît.

La membrane muqueuse est naturellement blanche, son épaisseur un peu plus considérable dans le jéjunum que dans l'iléum, où on peut la comparer à celle d'une feuille de papier Joseph.

105. Si après y avoir fait une incision, on en soulève un côté avec le scalpel, et qu'on le saisisse ensuite avec l'extrémité des doigts ou des pinces, on peut en enlever des lambeaux de cinq à dix lignes de longueur. Cette expérience suffit pour indiquer la consistance de la membrane muqueuse dans l'état naturel; et quand on ne peut plus en obtenir de la même manière des lambeaux de la grandeur indiquée, il faut en conclure qu'elle est plus ou moins profondément lésée.

106. Mais l'uniformité de cette membrane est interrompue à des distances plus ou moins considérables par des plaques ovalaires de dimensions très-variées. On les observe dans les trois derniers quarts, quelquefois dans toute l'étendue de l'intestin. On en compte de vingt à trente, et souvent plus. Placées à l'opposite du mésentère, elles ont d'un à quatre pouces de long, sur huit à dix lignes de large; deviennent généralement plus nombreuses et plus grandes en approchant du cœcum, forment une saillie peu considérable, sensible néanmoins à la vue et au toucher; ont une épaisseur double, triple, quadruple, de celle de la membrane muqueuse environnante; sont complètement opaques, d'une couleur blanche ou grisâtre, et quelquefois piquées de bleu. Elles n'ont

pas l'aspect velouté du reste de l'intestin. Leur surface offre un grand nombre de grains plus petits que ceux de millet, d'un blanc un peu jaunâtre. Si on les soulève de la manière que nous avons indiquée plus haut pour la membrane muqueuse, on observe à leur face adhérente les mêmes petits grains; et si l'on met une de ces plaques ainsi détachées entre l'œil et la lumière, les interstices des petits grains paraissent minces et demi-transparens, à-peu-près comme la membrane muqueuse dans le reste de son étendue.

107. Cette structure, qui n'est pas toujours également facile à constater, est de la dernière évidence dans quelques cas pathologiques; quand la membrane muqueuse est d'un rouge foncé, à la suite des maladies du cœur, par exemple. Alors, en effet, les petits grains dont nous avons parlé conservent la couleur blanche et jaunâtre qui leur est naturelle; leurs interstices, dont la rougeur est presque aussi foncée que celle de la membrane muqueuse environnante, les font ressortir d'une manière très-tranchée; et les plaques paraissent ce qu'elles sont réellement, une agglomération de petits grains sans doute glanduleux, dans l'épaisseur de la membrane muqueuse.

108. Les points bleus qu'on observe si fréquemment sur les plaques, indiquent les orifices des grains glanduleux. Du moins, la chose nous semble mise hors de doute par ce qui arrive dans certains cas pathologiques, où les plaques étant fort développées, les points bleus sont remplacés par des orifices béans, presque aussi larges que les grains eux-mêmes dans l'état naturel.

109. Souvent les plaques n'ont pas tout-à-fait l'as-

ect qui vient d'être indiqué, et qui tient à la dispo-
ition des cryptes. Celles-ci sont confluentes, les in-
erstices qui les rendaient sensibles ont disparu; mais
es plaques ne sont pas moins faciles à reconnaître et
listinctes de la membrane muqueuse environnante,
par leur couleur, leur opacité et une saillie plus ou
noins légère.

110. Les plaques ont encore un aspect différent
lans l'iléum et le jéjunum, où elles interrompent les
alvules conniventes, paraissent enfoncées à raison
le la saillie que forment les valvules, et ont une sur-
ace aréolaire qui rappelle assez bien l'aspect d'une
eprise. Mais comme dans l'iléum, elles sont blanches
ou grisâtres, opaques, et par le fait de l'interruption
des valvules à leur niveau, elles sont peut-être encore
plus faciles à distinguer dans la première partie de
l'intestin que dans la seconde. L'espèce de structure
aréolaire dont il s'agit, est rare dans l'iléum.

111. Les grains blanchâtres isolés qu'on rencontre presque toujours vers la fin de celui-ci, au-dessous de la membrane muqueuse, sont sujets aux mêmes altérations que les plaques, plus ou moins faciles à reconnaître dans les circonstances indiquées pour les dernières, et paraissent aussi de nature glanduleuse.

112. Bien que la grandeur des plaques augmente à mesure qu'on s'approche du cœcum, il est cependant assez ordinaire d'en trouver de petites entre celles qui ont les dimensions les plus considérables. Alors leur forme n'est plus ovalaire; elle est plus ou moins irrégulièrement arrondie. Près du cœcum, elles sont très-multipliées et occupent souvent tout le pourtour de l'intestin.

113. Les plaques ne partagent que bien imparfaitement l'état pathologique de la membrane muqueuse qui les environne. Déjà nous avons observé que quand elle était fort rouge à la suite des maladies du cœur, les petits grains glanduleux conservaient la couleur qui leur est propre. Quand on la trouvait épaissie, les plaques retenaient le plus ordinairement leurs dimensions naturelles, et leur saillie avait plus ou moins diminué ou disparu. Dans certains cas, dans les fièvres graves, par exemple, tandis que la membrane muqueuse est assez souvent intacte et ne change pas d'épaisseur, la leur augmente beaucoup; les grains glanduleux s'élargissent, leurs orifices deviennent béants. La structure des plaques est d'abord plus évidente ; bientôt elles se ramollissent, et tandis que le tissu cellulaire sous-jacent s'épaissit tous les jours davantage, elles s'ulcèrent et finissent par être complètement détruites. On conçoit dès-lors pourquoi les plaques et les ulcérations observées dans les fièvres graves sont ovalaires ou elliptiques, situées à l'opposite du mésentère, et presque toujours dans la dernière partie de l'iléum. C'est aussi sur ces plaques qu'ont le plus ordinairement lieu les ulcérations qui surviennent dans le cours de la phthisie. Souvent même elles en sont le siége exclusif, et la membrane muqueuse reste parfaitement saine à leur pourtour.

Enfin, c'est au milieu d'elles que s'établissent les perforations de l'intestin grêle dans les maladies aiguës (1).

---

(1) *Voyez* notre *Mémoire sur la Perforation de l'intestin grêle*; Archives générales de Médecine, Ier volume, Ier cahier.

§. II. *De l'Intestin grêle dans l'état pathologique.*

114. Il offrait de nombreuses lésions, savoir : le ramollissement, l'épaississement, la rougeur de la membrane muqueuse ; les petits abcès sous-muqueux, les granulations semi-cartilagineuses ou tuberculeuses et les ulcérations.

115. Le *ramollissement* de la membrane muqueuse n'était pas plus commun dans le cours de la phthisie que dans celui des autres affections chroniques. Sur quatre-vingt-quinze sujets nous l'avons rencontré huit fois seulement, et sur trois d'entre eux, à un degré fort médiocre. Chez les cinq autres, la membrane muqueuse n'avait que la consistance du mucus. (Obs. 22, 32.) Chez tous, le ramollissement existait dans toute l'étendue de l'intestin. Au ramollissement se joignaient, dans trois cas, un épaississement assez considérable et une rougeur plus ou moins vive ; et bien évidemment alors il était le résultat de l'inflammation. Chez un quatrième sujet il y avait épaississement sans rougeur.

Dans les cas où la membrane muqueuse n'était ni rouge, ni ramollie, nous ne l'avons trouvée manifestement *épaissie* qu'une seule fois. (Obs. 19.)

Elle était plus ou moins *rouge*, sans altération d'épaisseur ou de consistance, sur treize sujets. (Obs. 28, 39.) Chez cinq d'entre eux, la rougeur existait dans toute l'étendue de l'intestin ; chez les autres, elle était bornée à une petite portion de sa longueur, à ses deux derniers pieds, dans la plupart des cas. (Obs. 41, 47.) Dans aucun, les vaisseaux du

mésentère n'étaient gorgés de sang, en sorte que la rougeur dépendait le plus souvent peut-être d'une cause différente de la simple stase de ce liquide.

116. Les granulations étaient, comme nous l'avons dit, de deux espèces. Tantôt elles se présentaient avec tous les attributs de la matière tuberculeuse; tantôt elles étaient plus blanches et beaucoup plus dures, offraient en quelque sorte la résistance et l'aspect des cartilages. Les unes et les autres avaient un volume peu considérable, celui d'un pois de moyenne dimension; étaient ordinairement beaucoup plus petites; se développaient au-dessous de la membrane muqueuse, et ne se montraient presque jamais sans qu'il existât en même-temps quelqu'ulcération.

Les *granulations semi-cartilagineuses* (Obs. 13, 29, 35) étaient ordinairement très-multipliées, et beaucoup plus que les autres; existaient quelquefois dans toute la longueur de l'intestin, distantes d'un, deux ou trois pouces, plus ou moins. Ainsi universellement répandues, leur nombre et leur grosseur allaient en augmentant vers le cœcum. Dans d'autres cas elles étaient beaucoup plus nombreuses près du duodénum et dans le premier tiers de l'intestin que dans celui qui vient immédiatement ensuite, et elles manquaient dans le dernier. Petites, elles avaient à peine le volume de la tête d'une petite épingle, adhéraient peu à la tunique cellulaire, et la membrane muqueuse était parfaitement saine à leur niveau. Quand elles avaient le volume d'un pois ou environ, cette membrane était ordinairement plus ou moins rouge, épaissie et ramollie, ou même détruite au point de contact. Bientôt elles éprouvaient elles-mêmes

ne perte de substance. La destruction faisait tous les jours des progrès, et jusqu'à ce qu'elle fût complète, les bords de l'ulcération étaient durs, blancs, opaques; conservaient, à très-peu de chose près, les caractères de la tumeur à laquelle ils succédaient, et offraient ainsi la preuve de leur origine.

Les granulations semi-cartilagineuses avaient quelquefois leur siége sur les plaques, et plus ordinairement dans leur intervalle. Elles étaient également distribuées dans toute la circonférence de l'intestin. Nous ne les avons jamais observées qu'au-dessous de la membrane muqueuse immédiatement. Dans aucun cas, elles n'occupaient les interstices des fibres musculaires; ce qui nous porte à croire qu'elles n'étaient autre chose que le développement morbide des glandes mucipares, dont la position est celle qui vient d'être indiquée.

117. Dans aucun cas on ne rencontrait les *granulations tuberculeuses* en nombre comparable aux premières, quand elles étaient très-multipliées. Elles occupaient le pourtour des ulcérations, leur centre; les interstices des fibres charnues, étaient placées entre le péritoine et la membrane musculaire correspondante (1); se trouvaient sur les plaques ou dans leur intervalle; étaient presque constamment plus nombreuses près du cœcum que partout ailleurs. (Obs. 6, 8, 12, 15, 21, 27, etc.) Nous n'en avons jamais observé près du duodénum.

A ces granulations succédaient de petits ulcères dont

(1) Cette différence entre la situation des deux espèces de granulations montre qu'elles n'ont pas leur siége dans les mêmes organes.

le mécanisme était le même que celui des excavations tuberculeuses des poumons. La matière tuberculeuse se ramollissait, et quand le ramollissement était plus ou moins parfaitement opéré, on trouvait la membrane muqueuse rouge, épaissie, ramollie dans le point correspondant; ou bien elle était détruite, et l'abcès se vidait à la surface de l'intestin : en sorte que l'inflammation de la membrane muqueuse était l'effet et non la cause des tubercules.

118. Jamais nous n'avons vu la matière tuberculeuse envahir la membrane muqueuse, ou se développer sous une autre forme que celle de granulations.

119. Séparées ou réunies, les deux espèces de granulations existaient chez trente-six des quatre-vingt-quinze sujets dont il a été question; et sur six d'entre eux, il n'y avait que des granulations semi-cartilagineuses. Celles-ci étaient bien moins fréquentes que les autres.

120. *Les ulcérations* étaient encore plus communes, et semblaient par cela même devoir être assez souvent indépendantes de l'une ou de l'autre espèce de granulations. Nous les avons observées plus ou moins nombreuses sur soixante-dix-huit sujets, c'est-à-dire, deux fois et au-delà plus souvent que les granulations; à-peu-près dans les cinq-sixièmes des cas. Cette proportion est un peu différente de celle indiquée par M. Bayle, qui dit avoir rencontré la même lésion sur les soixante-sept centièmes des sujets seulement. Mais cette différence ne doit faire naître aucun doute sur l'exactitude de nos réflexions ; nous aurons probablement mis plus du temps que M. Bayle à nettoyer l'intestin grêle, à le parcourir scrupuleusement dans

oute son étendue ; les plus petites ulcérations, celles qu'on ne peut voir que quand l'intestin est bien avé, ne nous auront pas échappé ; et c'est, il nous emble, à cela plus qu'à toute autre cause, qu'il faut attribuer la différence dont il s'agit.

121. A quelques exceptions près, le nombre, les dimensions et la profondeur des ulcérations augmenaient à mesure qu'on se rapprochait du cœcum. En upposant l'intestin divisé en trois parties égales dans sa longueur, on n'en rencontrait dans la plupart des cas que dans le tiers le plus voisin du cœcum, ou out à la fois dans cette partie et dans le tiers moyen. Il était bien moins ordinaire d'en trouver dans toute l'étendue de l'intestin. Cependant cette disposition n'était pas très-rare ; nous l'avons observée sur un peu plus de la sixième partie des sujets ; tandis que trois fois seulement nous avons vu les ulcérations bornées au tiers moyen de l'organe.

122. Peu considérables, elles étaient presque exclusivement placées à l'opposite du mésentère, dans les points correspondans aux plaques que nous avons décrites et qui n'existaient plus. Dans le plus haut degré de leur développement, elles occupaient tout le pourtour de l'intestin.

Leurs dimensions variaient d'une ligne à cinq ou six pouces en surface. Dans certains cas, le même sujet offrait plusieurs de ces dernières ulcérations (Obs. 4), tandis que chez d'autres on n'en trouvait que quelques-unes des plus petites, ou même une seule. (Obs. 23.)

123. Leur forme indiquait le plus ordinairement leur origine, et variait comme leurs dimensions. Pe-

tites, elles étaient arrondies comme celles qui succèdent à la fonte des granulations. D'une moyenne étendue, elles avaient la forme ellyptique des plaques qu'elles occupaient; et cette forme était la plus fréquente. L'annulaire venait ensuite. (Obs. 31, 38, 43.) La forme linéaire était la plus rare; nous l'avons néanmoins observée sur sept sujets, et presque toujours dans la première moitié de l'intestin. Alors l'ulcération avait un pouce ou un pouce et demi de long sur une ligne et demie de large, à sa partie moyenne; elle était plus étroite à ses extrémités.

124. La couleur des ulcérations n'était pas moins variable que leurs autres attributs. Assez ordinairement blanchâtre quand elles étaient petites, on la trouvait souvent d'un gris mêlé de rouge, quand elles avaient des dimensions d'une grande ou d'une médiocre étendue. Quelquefois aussi, et c'était presque uniquement dans ce cas d'ulcérations longues et étroites, elle était noirâtre ou d'un rouge brun.

125. La structure des ulcérations variait suivant leur étendue et leur durée. Petites et sans doute récentes, le tissu cellulaire sous-muqueux mis à nu, était un peu épaissi, sans inégalités, et la tunique musculaire sans altération sensible. Plus considérables, elles offraient un aspect plus varié. Les unes avaient une surface inégale formée par le tissu sous-muqueux plus ou moins épaissi et quelques débris de membrane muqueuse. Sur d'autres, il n'y avait plus trace de cette dernière : la membrane sous-muqueuse était alternativement épaissie et amincie, détruite dans quelques points, ou même dans toute son étendue, et la tunique musculaire mise à nu. Ainsi dé-

ouverte, celle-ci devenait à son tour plus ou moins paisse, était inégale, grisâtre et blanchâtre, quelquefois parsemée de granulations tuberculeuses. A cet épaississement se joignaient, dans beaucoup de cas, des amincissemens partiels. Bien plus rarement a destruction de la membrane était complète dans quelques points; en sorte qu'à mesure que l'un des issus qui concourent à la formation des parois de intestin était mis à nu, il s'épaississait plus ou moins t finissait ensuite par s'ulcérer.

126. Bien souvent ces ulcérations provenaient de réunion d'ulcérations beaucoup plus petites; et il tait facile de s'en convaincre quand elles étaient ombreuses et avaient lieu sur des plaques. Alors en ffet, on voyait chez le même sujet, sur quelques-nes de ces plaques, des tubercules ramollis, et un lus ou moins grand nombre de petites ulcérations, rrondies, séparées par des brides entières ou incomplètement détruites. Sur d'autres, les brides avaient ntièrement disparu, la membrane cellulaire était nise à nu dans toute sa surface, plus ou moins épaisse, offrait des dépressions arrondies plus ou moins rofondes, là sans doute où avaient existé les petites lcérations partielles. Enfin, sur un troisième ordre 'ulcérations de la même forme, la tunique sous-muqueuse était détruite dans quelques points ou dans oute son étendue, la membrane musculaire mise à écouvert, plus ou moins inégale et épaissie.

L'observation suivante est un exemple de la plupart des dispositions anatomiques que nous venons e remarquer.

IVe. Observation.

Un peintre en bâtimens, âgé de soixante-deux ans, fut admis le 25 juillet 1824 à l'hôpital de la Charité, où il mourut le 1er. août suivant. Né de parens sains, d'une constitution sèche et maigre, il annonçait cinq mois de maladie et cinq mois de diarrhée. Celle-ci avait été très-forte, et à son début le malade avait eu vingt selles et quelquefois plus en vingt-quatre heures; souvent aussi de violentes coliques. La toux s'y était jointe au milieu du quatrième mois. Depuis lors la voix était plus ou moins complètement éteinte, il y avait de la sécheresse au larynx. L'appétit avait diminué dès les premiers jours; l'anorexie était devenue complète, et quelquefois, à partir du quatrième mois, la toux avait excité des envies de vomir. La soif s'était prononcée dès le troisième. D'ailleurs, ni frisson ni chaleur incommode, si ce n'est pendant les huit jours qui précédèrent l'entrée du malade à l'hôpital. Amaigrissement dès le début.

Le 25 juillet, faiblesse considérable, mémoire dans un état d'intégrité parfait. Respiration peu accélérée, toux médiocrement fréquente, crachats assez abondans, opaques, verdâtres et sans stries, déchiquetés. Percussion sonore, respiration trachéale sous la clavicule gauche, dure et forte sous la droite, sans gargouillement. Apyrexie, peau fraîche. pouls calme. Langue plus pâle que rouge, presque dans l'état naturel; anorexie complète, soif médiocre. déglutition

un peu gênée, quelquefois oppression à l'épigastre; trois selles liquides.

Le 31, à l'heure de la visite, altération profonde des traits, expression de mal-aise et de souffrance, langue sèche, ventre très-chaud, conservant la forme et le volume qui lui sont naturels. Depuis une heure environ le malade éprouvait de vives douleurs au niveau de la vésicule biliaire; la pression les augmentait beaucoup. Les selles étaient devenues extrêmement fréquentes, le pouls et la respiration très-accélérés.

Les mêmes symptômes persistèrent le reste du jour, et le malade mourut le lendemain matin à quatre heures.

Ouverture du cadavre, vingt-huit heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme.

Tête. Infiltration considérable au-dessous de l'arachnoïde dans toute sa partie supérieure; trois cuillerées de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux; une seule dans les fosses occipitales inférieures. Cloison demi-transparente, très-mince, distendue par la sérosité qui occupait le ventricule moyen, et que nous évaluâmes à une cuillerée. Cerveau un peu sablé de sang.

Cou. La moitié inférieure de la face laryngée de l'épiglotte était un peu rouge et présentait quelques ulcérations superficielles. Il y en avait une petite à la réunion des cordes vocales. La membrane muqueuse de la trachée-artère était rouge, sans offrir d'autre altération.

Poitrine. Le poumon gauche adhérait, au moyen

d'un tissu cellulaire abondant, aux plèvres diaphragmatique et costale, était engoué à sa base et avait à son sommet une excavation tuberculeuse d'une médiocre capacité, presque entièrement vide. Ses parois étaient dépourvues de fausse membrane et en grande partie formées par des tubercules, des granulations et une matière grise plus ou moins noirâtre, assez abondamment répandue dans le reste du lobe supérieur. Les mêmes lésions étaient rares dans l'inférieur. Le poumon droit n'offrait que quelques adhérences et un petit nombre de tubercules ou de granulations sans cavité tuberculeuse. De ce côté, les bronches étaient d'un rose-tendre; à gauche, où elles communiquaient par plusieurs points avec l'excavation, elles avaient une couleur rouge très-foncée. Les glandes bronchiques n'étaient point tuberculeuses. Le cœur était sain; les valvules sygmoïdes aortiques tendues et épaissies à leur bord libre.

Abdomen. Un peu de sérosité rousse et claire dans les flancs; un grand verre de pus fort épais, jaunâtre, sans odeur, entre la vessie et le rectum. Nulle trace de fausse membrane dans aucun point. — La membrane muqueuse de l'estomac était très-mince, presque diaphane, et molle comme du mucus dans la partie supérieure du grand cul-de-sac, où les vaisseaux sous-jacents étaient brunâtres et très-développés. Ailleurs elle était grisâtre, plus ou moins largement mamelonnée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. —Le duodénum n'offrait rien de remarquable. —L'intestin grêle était un peu plus large que dans l'état naturel, offrait à l'extérieur beaucoup de taches d'un gris bleu, et contenait une grande quantité

de fluide trouble, roussâtre et médiocrement épais. En le supposant divisé dans sa longueur en cinq parties égales, on trouvait sa membrane muqueuse parfaitement saine dans la première et dans la dernière. Dans le reste de son étendue elle offrait beaucoup d'ulcérations, presque toutes disposées parallèlement à la direction des valvules conniventes. Les plus larges occupaient la partie moyenne de l'espace indiqué, comprenaient tout le pourtour de l'intestin, et offraient le tissu musculaire à nu. Deux d'entre elles avaient de quatre à six pouces en surface; étaient grises, roussâtres, inégales. La membrane musculaire correspondante avait trois quarts de ligne d'épaisseur; ses fibres étaient plus cassantes et plus roides que dans l'état naturel. Au-dessus et au-dessous se trouvaient d'autres ulcérations, qui ne formaient pas l'anneau complet, dont les bords étaient épais et la partie centrale très-mince; en sorte que l'épaisseur de leurs parois diminuait de la circonférence au centre, et que la membrane musculaire était coupée en dédolant. Le centre de plusieurs d'entre elles était uniquement formé par le péritoine; celui-ci était même détruit et la perforation opérée dans deux points. Autour de l'une de ces perforations il était d'un rouge livide dans une largeur de quatre à cinq lignes, d'une très-grande ténuité, exactement comme dans les perforations qui ont lieu dans le cours des maladies aiguës. Autour de la seconde il avait conservé la couleur qui lui est naturelle, était moins aminci; de manière que cette perforation semblait plutôt le résultat d'une traction sur l'intestin (malgré les ménagemens pris pour l'examiner), que de toute autre

cause. — Le gros intestin contenait une matière analogue à celle de l'intestin grêle. Le cœcum et le commencement du colon droit offraient, dans une hauteur de sept pouces, et dans tout leur pourtour, la membrane musculaire à nu; celle-ci était grisâtre, présentait quelques destructions partielles de peu d'importance, avait une ligne d'épaisseur. Au-dessus de cette vaste ulcération, et jusqu'à la partie moyenne du colon transverse, s'en trouvaient encore d'autres très-grandes, en tout semblables à la première, et dont les intervalles étaient sains. La membrane muqueuse était pâle et un peu ramollie dans le colon descendant et le rectum. — La plus grande partie des glandes du mésentère avait un volume considérable et se trouvait transformée en matière tuberculeuse. Quelques-unes d'entre elles offraient, à côté de la matière tuberculeuse, des masses plus ou moins considérables d'une matière blanche, opaque, brillante et dure, véritablement cancéreuse. — Le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

127. Malgré les ménagemens pris dans l'examen du conduit digestif, bien que le pourtour de l'une des perforations fût en tout semblable à celui des perforations aiguës les mieux constatées par l'histoire des symptômes et les recherches anatomiques, nous ne saurions croire qu'elle ait existé pendant la vie. A la vérité, une douleur très-vive s'est manifestée pendant les dernières vingt-quatre heures dans les environs de la vésicule biliaire; le pouls est devenu très-accéléré, le ventre brûlant; on a trouvé une certaine

quantité de pus dans l'abdomen; il y a eu péritonite. Mais le pus était sans odeur, d'une couleur naturelle, n'avait aucun des caractères de l'épanchement qui a lieu dans la perforation de l'intestin grêle (caractères si tranchés sous le rapport de l'odeur et de la couleur, qu'ils suffisent, indépendamment des recherches ultérieures, pour indiquer d'une manière à-peu-près certaine l'existence d'une perforation); pas la plus petite quantité de la matière trouble et roussâtre de l'intestin grêle ne se retrouvait dans l'abdomen; en sorte que le fait particulier dont il s'agit, nous semble bien plutôt l'exemple d'une de ces péritonites qui se déclarent quelquefois dans les derniers temps de la phthisie (188), que d'une véritable perforation. Quoi qu'il en soit, cette observation est d'un grand intérêt, à raison du nombre et de la grandeur des ulcérations de l'un et l'autre intestin, de l'épaississement de la membrane musculaire à leur niveau, de son amincissement, puis de sa destruction complète au milieu de quelques-unes, le péritoine étant mis à nu, et l'intestin, sinon perforé, du moins près de l'être.

Remarquons encore qu'il n'y avait pas de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la membrane musculaire; que, si ces granulations y étaient plus communes, la destruction en serait peut-être aussi plus fréquente et les perforations moins rares. Mais, comme nous l'avons déjà dit (125), les fibres musculaires, au lieu de tendre à la destruction quand les membranes muqueuse et cellulaire n'existent plus, s'épaississent graduellement; et ce n'est qu'après un espace de temps plus ou moins considérable que leur

destruction commence, encore le fait est-il bien rare.)

128. Le pourtour des ulcérations était quelquefois très-plat; le plus ordinairement il formait une saillie plus ou moins considérable. Quand elles étaient petites et arrondies, les tuniques muqueuse et cellulaire avaient à peine un léger excès d'épaisseur à leur circonférence. Si elles succédaient à des granulations semi-cartilagineuses, leur pourtour était plus ou moins épais, suivant que le terme de la destruction était plus ou moins éloigné. Quand les grandes ulcérations n'étaient pas encore très-avancées, que la tunique sous-muqueuse n'était pas détruite, leur pourtour était inégal et plus ou moins épais; ce qui provenait, dans beaucoup de cas, de la présence d'un certain nombre de tubercules ramollis. En général, la membrane muqueuse était plus ou moins rouge et ramollie à leurs limites.

Outre les lésions précédentes, on observait encore, dans quelques cas, de petits abcès de la grosseur d'un pois, développés dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux. Ces abcès existaient dans des cas où il n'y avait ni ulcérations, ni granulations tuberculeuses dans l'intestin grêle. Quelquefois leurs parois étaient lisses; en sorte qu'ils semblaient être la suite d'une inflammation phlegmoneuse, et non de la fonte d'un tubercule. Toutefois il convient de remarquer que nous n'avons guère rencontré ces abcès que chez les phthisiques, et que dans les deux cas où ils existaient à la suite d'autres maladies, la matière qu'ils contenaient était très-ténue, jaunâtre et demi-transparente.

129. Quand l'intestin grêle était sain ou ses lésions peu considérables, il contenait une plus ou moins

grande quantité de mucus, de couleur et de consistance variées, quelquefois taché de sang. Mais lorsque les ulcérations étaient grandes et nombreuses, on trouvait, au lieu de mucus, un fluide trouble, plus ou moins ténu ou épais, d'une couleur rougeâtre, obscure ou un peu grisâtre, tel à-peu-près que nous l'avons décrit chez le sujet dont nous venons de donner l'histoire; d'une odeur forte, assez semblable à celle des matières animales mises en macération. (Obs. 14.)

---

130. Plusieurs des lésions qui viennent d'être décrites, le ramollissement, l'épaississement, la rougeur de la membrane muqueuse, les granulations semi-cartilagineuses, sont communes aux phthisiques et aux sujets qui succombent aux maladies chroniques les plus variées et aux affections aiguës : mais les granulations semi-cartilagineuses sont moins rares à la suite de la phthisie que dans toute autre circonstance. Les autres lésions, les granulations tuberculeuses et les ulcérations paraissent propres aux phthisiques. Nous n'avons jamais observé de granulations tuberculeuses que chez les derniers; et s'il n'est pas rigoureusement vrai de dire que les ulcérations de l'intestin grêle se rencontrent exclusivement chez les sujets atteints de phthisie, elles sont si rares à la suite des autres maladies, que cette proposition est exacte à très-peu de chose près. Sur quatre-vingt-cinq sujets morts d'affections chroniques de diverse nature, nous n'avons rencontré d'ulcérations dans l'intestin grêle que dans six cas. Trois d'entre eux appartenaient à

des individus dont les poumons offraient une plus ou moins grande quantité de tubercules ou d'excavations tuberculeuses. Des trois autres, l'un était relatif à une femme dont la maladie principale était une gastrite; les deux autres à des sujets morts de dysenterie. Dans ces trois cas, les ulcérations étaient à-la-fois petites et rares; en sorte que si toute espèce d'ulcération de l'intestin grêle n'est pas absolument propre aux phthisiques, cela paraît du moins très-exact pour les ulcérations d'une certaine étendue; car il ne s'agit ici que des affections chroniques, et nous faisons abstraction des fièvres graves.

Article V.

DU GROS INTESTIN.

131. A part les granulations semi-cartilagineuses, les lésions de cette dernière partie du canal intestinal étaient les mêmes que celles de l'intestin grêle. Aussi ne nous arrêterons-nous que sur ce qu'elles peuvent offrir de particulier.

132. La membrane muqueuse était *rouge* dans toute sa longueur sur vingt-sept des quatre-vingt-quinze sujets dont il a été question; c'est-à-dire dans un peu plus de la quatrième partie des cas, douze fois avec quelques interruptions, quinze fois d'une manière continue. Dans ces derniers cas la rougeur était généralement très-intense.

A trois exceptions près, elle coïncidait avec un ramollissement très-marqué de la membrane muqueuse, qui n'avait plus que la consistance du mucus

et ne pouvait être enlevée que sous cette forme. Elle était épaissie dans plusieurs cas et ulcerée dans le plus grand nombre.

133. L'*épaississement*, de cette membrane existait encore dans des cas où elle avait conservé la couleur blanche qui lui est naturelle ; mais alors elle était ramollie et offrait un certain nombre d'ulcérations.

En rapprochant ce paragraphe de celui qui précède, on voit que l'épaississement de la membrane muqueuse du gros intestin était toujours uni à une autre lésion, et presque constamment à son ramollissement.

134. Le *ramollissement*, tel que nous l'avons indiqué, était donc une lésion très-fréquente. Non-seulement on l'observait dans les cas où la membrane muqueuse était rouge et plus ou moins épaissie, mais encore dans ceux où elle avait conservé sa couleur et ses dimensions naturelles ; en sorte que nous l'avons rencontré soixante-deux fois dans toute l'étendue, ou seulement dans une partie considérable de la longueur de l'intestin.

Dans un grand nombre de cas, la membrane muqueuse rouge et ramollie avait un aspect mamelonné plus ou moins général ; (Obs. 17) ou bien elle était détruite plus ou moins complètement, par petites portions, dans une infinité de points, de manière à offrir un aspect ondulé, qui existait quelquefois dans toute sa longueur. Elle était entièrement détruite sur deux sujets, dans l'étendue de dix pouces ; et à raison de la teinte un peu rosée du tissu cellulaire sous-muqueux dans la partie correspondante à cette énorme destruction, elle nous aurait échappé, si nous

n'y eussions regardé de très-près. Là où elle s'arrêtait, le tissu cellulaire dont il s'agit n'offrait aucun changement appréciable; et l'on peut croire qu'elle était le résultat d'une cause mécanique, d'un simple frottement, peut-être, opéré par les matières fécales dans leur trajet. Ce mécanisme est d'autant plus probable que, quand la membrane muqueuse du colon est ramollie au plus haut degré, il suffit de promener le dos d'un scalpel à sa surface pour l'enlever complètement.

135. Dans les cas dont il s'agit, le tissu cellulaire était ordinairement opaque; son épaisseur augmentée, double, triple, quadruple de celle qui lui est naturelle. (Obs. 17.) Chez quelques sujets il avait, comme nous venons de le dire (134), une légère nuance rose: chez le plus grand nombre il conservait la blancheur qui lui appartient.

Ce dernier fait nous semble très-remarquable; car, ainsi que nous le verrons tout-à-l'heure, le ramollissement de la membrane muqueuse était, dans un grand nombre de cas, le résultat évident de l'inflammation; cette inflammation ne datait que d'un petit nombre de jours à la mort des sujets; l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux lui était probablement consécutif; il était sans doute de la même nature, et l'on conçoit difficilement qu'un tissu épaissi par suite d'une inflammation aiguë et récente, conserve la couleur blanche qui lui est propre. Ce fait montre, avec bien d'autres, que l'épaisseur des tissus est une des circonstances dont il importe le plus de tenir compte, et que, se borner à décrire la couleur des membranes, est souvent ne rien faire, ou même livrer à

l'erreur ceux qui voudraient tirer des conclusions de pareils faits.

136. La cause du ramollissement dont il s'agit est-elle toujours la même ? Quand cette lésion est réunie à la rougeur et à l'épaississement, on ne saurait douter qu'elle ne soit le résultat de l'inflammation. Cela est encore très-probable quand il y a épaississement sans rougeur, puisque la décoloration des tissus enflammés a lieu tôt ou tard, témoin les diverses nuances du poumon hépatisé. Mais quand le ramollissement existe sans altération de couleur et d'épaisseur, est-il encore l'effet de l'inflammation ? La chose est loin de nous paraître impossible ; mais elle n'est pas incontestable, à beaucoup près, plusieurs organes étant assez souvent ramollis sans qu'on puisse considérer cet état comme une suite de l'inflammation. Ainsi, dans les fièvres graves et dans plusieurs cas de maladies chroniques, le cœur est souvent ramolli, ses chairs rougeâtres, sans qu'il soit possible d'en assigner la cause. La rate présente, dans une foule de circonstances, un ramollissement extrême, sans qu'on puisse le regarder comme le résultat de l'inflammation. D'un autre côté, il est vrai de dire qu'à la suite d'une portion de membrane muqueuse rouge et ramollie, on en trouve souvent une autre également ramollie, mais sans rougeur, et que, si la première lésion est inflammatoire, il est bien probable que la seconde n'est pas d'une autre nature ; mais c'est une simple probabilité. De nouveaux faits nous semblent nécessaires pour décider la question.

137. Mais à quel degré du ramollissement qui nous occupe, y a-t-il désorganisation ? Nous ne connaissons

aucun fait qui puisse donner la solution de ce problème. Toutefois, il nous paraît infiniment probable que le ramollissement peut être porté fort loin, sans qu'il y ait désorganisation des tissus qui en sont le siége ; et l'état de la rate dans les fièvres graves, est très-favorable à cette opinion. En effet, sur un certain nombre de sujets morts à la suite de ces affections prolongées, nous avons trouvé la rate volumineuse et ferme ; et comme le ramollissement de ce viscère est une chose à-peu-près constante dans le cours des fièvres graves ; que souvent alors il est porté à un degré extrême, il faut admettre qu'il avait eu lieu dans quelques-uns des cas dont il s'agit ; qu'il avait rétrogradé ; que par conséquent, il n'y avait pas eu désorganisation.

138. Plus tard (264), quand nous ferons l'histoire des symptômes, nous verrons, ainsi que nous l'avons déjà indiqué (135), que l'inflammation qui amène le ramollissement pulpeux de la membrane muqueuse du gros intestin, se développe dans les derniers jours de la vie, comme nous avons déjà dit que cela avait lieu pour celle du parenchyme pulmonaire, des plèvres et de la membrane muqueuse de l'estomac.

139. Il y avait des *granulations tuberculeuses* dans treize cas, ou chez la huitième partie des sujets environ. Elles étaient placées au milieu ou au pourtour des ulcérations : on n'en rencontrait pas dans leur intervalle.

Nous n'avons observé de granulations semi-cartilagineuses dans aucun cas.

140. Les *ulcérations* étaient fréquentes. Il en existait sur soixante-dix sujets, en sorte qu'elles étaient

presque aussi communes dans le gros intestin que dans l'intestin grêle; et comme le ramollissement de la membrane muqueuse a existé plusieurs fois sans qu'il existât d'ulcération, il est facile de prévoir que nous n'avons dû trouver que bien rarement cette membrane parfaitement saine dans toute son étendue. Nous ne l'avons observée telle en effet que dans trois cas.

141. Le plus ordinairement les ulcérations étaient peu considérables; de trois à six lignes de diamètre, quelquefois moins. Celles qui avaient de plus grandes dimensions (et nous avons déjà vu que ces dimensions étaient quelquefois énormes), ne formaient que la quatrième partie des cas. Petites, elles étaient presque uniformément distribuées dans toute la longueur de l'intestin sur dix sujets. Plus considérables, d'un à deux pouces, ou quelque chose de plus en surface, cette disposition n'existait que dans un cas. Dans les autres, la fréquence des ulcérations diminuait du cœcum au colon ascendant, au transverse et au rectum, dans la proportion de 17, 11, 8, 4. Si maintenant pour savoir la somme des cas dans lesquels il y avait des ulcérations dans chacune des parties de l'intestin, nous ajoutons à ces nombres celui des petites ulcérations, nous aurons pour le cœcum, le colon droit, le transverse, le gauche et le rectum, 34, 37, 25, 8, 32 cas d'ulcérations; c'est-à-dire qu'on en trouvait à-peu-près chez le même nombre d'individus, dans le rectum et dans le cœcum. Mais là se bornait l'analogie entre ces deux parties de l'intestin sous le rapport de la lésion qui nous occupe; et la différence était extrême, relativement à la grandeur et au nombre des ulcérations (142).

Petites, elles étaient assez généralement arrondies, avaient des bords plats, semblaient quelquefois faites comme par un emporte-pièce. Leur fond était grisâtre, noirâtre, plus rarement d'un rose tendre; et dans ce cas nous les aurions souvent méconnues, sans l'habitude où nous étions de laver exactement l'intestin. Ce fond était formé par la tunique sous-muqueuse épaissie, ou réduite à une lame extrêmement mince : quelquefois (dans trois cas seulement), par la tunique musculaire non-altérée; ce que nous n'avons pas observé pour les petites ulcérations de l'intestin grêle.

Au lieu d'être arrondies, les petites ulcérations et celles d'une moyenne grandeur, étaient parfois très-allongées; avaient un ou deux pouces de long, sur deux à trois lignes de large, ou même moins; une direction transversale, longitudinale ou oblique. Ces différentes formes se trouvaient quelquefois réunies; et quand les ulcérations étaient nombreuses, rapprochées, et la membrane muqueuse intermédiaire plus ou moins épaissie, l'intestin avait assez exactement, sauf les dimensions, l'aspect d'une main couverte de larges crevasses.

142. Les grandes ulcérations avaient une forme plus ou moins irrégulière, dentelée ou étoilée; envahissaient, dans plusieurs cas, tout le pourtour du cœcum et du colon ascendant, du transverse et du rectum. Non-seulement elles faisaient assez fréquemment le tour du cœcum et du colon droit; mais la même ulcération les occupait quelquefois dans toute ou presque toute leur étendue, dans une longueur de huit à neuf pouces et plus. (Obs. 4, 12.) Dans

quelques cas il y avait au milieu de ces vastes ulcérations une zone d'intestin parfaitement saine, à cela près d'un peu de ramollissement de la membrane muqueuse ; ou bien on voyait çà et là des espèces d'îlots formés par des débris de membrane muqueuse et de tissu cellulaire réunis, plus ou moins épaissis. — Les autres parties de l'intestin ne nous ont offert d'aussi énormes ulcérations dans aucun cas. Les plus considérables que nous ayons observées dans le rectum, avaient un pouce et demi à deux pouces de hauteur, occupaient tout son pourtour, et se trouvaient immédiatement au-dessus de l'anus.

Les grandes ulcérations et celles de moyenne grandeur avaient une couleur grisâtre. Quelquefois le tissu cellulaire sous-muqueux, plus ou moins épaissi, dur et cassant, existait à la surface de ces dernières. Deux fois seulement nous l'avons trouvé très-ramolli. Le plus ordinairement il était détruit, et la membrane musculaire mise à nu. Cette destruction était presque toujours complète et universelle au niveau des grandes ulcérations. Ainsi découverte, la membrane musculaire était d'un gris plus ou moins foncé, toujours épaissie ; et cet épaississement allait quelquefois au-delà d'une ligne. Ses fibres étaient plus ou moins cassantes et dures, formaient des faisceaux saillans, séparés, dans quelques cas, par des granulations tuberculeuses, et offraient des traces de destruction commençante dans quelques points.

Parfois, la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux réunis, étaient décollés dans une plus ou moins grande étendue, au pourtour des ulcérations ; ou bien ils formaient des brides plus ou

moins larges, jetées comme des espèces de ponts entre elles.

143. Quand les ulcérations étaient vastes, nombreuses, et la membrane musculaire mise à découvert dans une étendue considérable, elles avaient fréquemment une odeur fétide, semblable à celle des matières animales mises en macération depuis quelque temps. Les matières fécales étaient rougeâtres, troubles et liquides, quelquefois d'une couleur analogue à celle du mastic des vitriers. Parfois aussi, dans les derniers jours de la vie, elles nous ont présenté ces caractères et l'odeur de macération indiquée. Si les ulcérations étaient en petit nombre, d'une médiocre largeur, et bornées au cœcum ou au commencement du colon, par exemple, les matières fécales étaient assez souvent molles, d'une couleur sale, quelquefois souillées de sang dans ces parties; tandis qu'elles étaient noirâtres et d'une belle couleur jaune dans le rectum. D'où il faut conclure qu'il n'est possible d'apprécier l'état de la membrane muqueuse du gros intestin au moyen des matières fécales, que dans des cas assez rares.

144. Les ulcérations intestinales étaient fréquemment indépendantes, du moins dans leur première origine, de l'inflammation. Cela est évident, pour celles de l'intestin grêle, chez un grand nombre d'individus où elles étaient le résultat de la fonte des tubercules : car le développement de ceux-ci ne pouvait être attribué à l'inflammation de la membrane muqueuse qui demeurait intacte à leur niveau, tant qu'ils n'étaient pas ramollis. Loin d'en être la cause, l'inflammation de cette membrane était, comme

nous l'avons vu (117), l'effet de la présence de ces granulations. Il en était encore de même dans quelques cas d'ulcération du gros intestin et par les mêmes raisons. Dans ceux où l'on ne saurait les rapporter à la fonte des tubercules, il serait encore difficile de les considérer comme l'effet, du moins unique, de l'inflammation, vu que l'inflammation ne se développe pas ordinairement par plaques isolées dans l'intestin. Nous en avons donné, ce nous semble, la preuve pour le colon, en parlant du ramollissement avec rougeur et épaississement de sa membrane muqueuse, qu'on observe presque toujours dans la plus grande partie de son étendue. Et quant à l'intestin grêle, nous remarquerons que, bien que les traces évidentes d'inflammation y soient beaucoup moins communes que dans le colon, les ulcérations y sont néanmoins plus fréquentes encore; que, dans les cas où l'on croirait devoir les attribuer à l'inflammation, celle-ci aurait encore un caractère spécial, puisque, le plus ordinairement, elles existent sur des plaques.

Ces considérations se trouvent fortifiées par ce que nous avons dit au sujet de l'extrême rareté des ulcérations de l'intestin grêle, à la suite des maladies chroniques différentes de la phthisie; car alors l'inflammation de la membrane muqueuse n'est pas moins fréquente que dans le cours de cette dernière affection.

---

145. A part les granulations tuberculeuses, nous avons observé, mais dans une proportion très-diffé-

rente, les lésions que nous venons de parcourir, chez les sujets qui avaient succombé à des maladies chroniques différentes de la phthisie. Ainsi, sur quatre-vingt-douze individus qui se trouvaient dans ce cas, treize offraient un plus ou moins grand nombre d'ulcérations dans une ou plusieurs parties du gros intestin. Mais six d'entre eux avaient des tubercules dans les poumons, étaient phthisiques par conséquent; ce qui réduit les cas d'ulcérations à sept sur quatre-vingt-six individus. De ces sept exemples d'ulcérations, quatre appartiennent à des dysentériques; et, dans presque tous, les ulcérations avaient une petite étendue, et des caractères un peu différens de ceux qui ont été indiqués. — Le ramollissement avec ou sans rougeur et épaississement de la membrane muqueuse, existait chez le tiers des sujets, c'est-à-dire bien moins fréquemment que chez les phthisiques.

Chapitre IV.

DES GLANDES LYMPHATIQUES.

146. Les glandes lymphatiques étaient fréquemment tuberculeuses, quelquefois aussi plus ou moins rouges et augmentées de volume; bien rarement on y observait quelqu'autre lésion. Celles qui nous ont offert le plus souvent la transformation tuberculeuse, sont dans l'ordre suivant : les glandes du mésentère, du méso-cœcum, du méso-colon, du cou,

les lombes et des aisselles. Nous ne parlons pas des glandes bronchiques, parce que, après les avoir examinées attentivement comme les autres, nous avons, le plus ordinairement, négligé d'en tenir note. Mais nous croyons pouvoir affirmer, d'après nos dernières observations, que ces glandes ne sont pas plus souvent tuberculeuses que celles du mésentère.

Article Premier.

DES GLANDES MÉSENTÉRIQUES.

147. Elles étaient plus ou moins tuberculeuses sur vingt-trois des cent deux sujets chez lesquels nous les avons examinées avec soin. Ainsi altérées, elles avaient un volume plus considérable que dans l'état naturel. Dans la majorité des cas, la transformation n'était pas générale; les glandes n'étaient qu'en partie tuberculeuses (Obs. 9, 15, 16, 31.); ou même elles n'offraient que quelques points miliaires de cette nature, tantôt au centre, tantôt à la circonférence. Ces points étaient disséminés au milieu d'un tissu ordinairement rouge et moins consistant que dans l'état naturel. Le plus souvent, ils formaient de petits aggrégats plus ou moins nombreux.

Toutes les glandes du mésentère n'étaient pas également sujettes à cette affection. Les plus rapprochées du cœcum en étaient le siége le plus ordinaire; et, dans les vingt-trois cas dont il a été question, nous ne l'avons vue s'étendre à l'universalité des ganglions

mésentériques qu'une seule fois. (Obs. 23.) La transformation de chaque glande en particulier était complète ; il ne restait rien de son tissu primitif.

Évidemment il n'y avait pas seulement ici production d'un tissu nouveau, mais transformation d'un tissu en un autre ; à moins qu'on n'aime mieux admettre que celui de la glande ait été détruit, au moins en partie, par absorption.

148. Dans un seul cas, nous avons trouvé, au milieu d'une glande mésentérique incomplètement tuberculeuse, une petite quantité de matière grise demi-transparente. Dans tous les autres, dès que nous avons pu distinguer quelque granulation miliaire, elle était jaunâtre, opaque, véritablement tuberculeuse. — Le développement de la matière tuberculeuse suivait donc ici une marche différente de celle qui lui a été assignée par M. Laennec, dans les poumons.

149. Les glandes mésentériques, devenues tuberculeuses, n'offraient pas d'autre altération organique. Une seule fois nous y avons vu, à côté de la matière tuberculeuse, une matière brillante, ferme, grenue, très-analogue au cancer cérébriforme. (Obs. 4.)

150. Bien rarement les tubercules mésentériques étaient ramollis ; ce qui tenait sans doute à leur peu d'ancienneté. Du moins cela est probable, en ce que, dans la plupart des cas, le développement de la matière tuberculeuse dans les glandes du mésentère, semble successif, est partiel, par conséquent encore récent lors de la mort des sujets, et que le ramollissement n'a lieu que quand la transformation dont il s'agit occupe toute la glande.

151. Mais quelle est la cause de la lésion qui nous

ccupe? Les glandes mésentériques, devenues tuberculeuses, avaient, comme il a été dit (147), un volume plus considérable que dans l'état ordinaire: quand elles ne présentaient qu'un petit nombre de points tuberculeux, leur tissu était d'un rouge plus ou moins vif, et souvent un peu ramolli. Mais aussi, dans quelques cas, les glandes pour avoir un très-léger excès de volume, n'avaient pas sensiblement changé de couleur et de consistance; en sorte que si, d'un côté, l'inflammation paraît avoir eu quelqu'influence sur le développement de la matière tuberculeuse, de l'autre, dans un moins grand nombre de cas, il est vrai, elle semble n'y avoir eu aucune part.

Maintenant, quelle que soit la cause immédiate de ces tubercules, tenaient-ils constamment à un état inflammatoire de la membrane muqueuse à laquelle ils correspondaient? Dans tous les cas où les glandes mésentériques étaient tuberculeuses, nous avons trouvé des ulcérations dans l'intestin grêle, et ces ulcérations n'avaient pas eu lieu sans inflammation primitive, ou consécutive de la membrane muqueuse correspondante; elles-mêmes étaient une cause perpétuelle d'irritation. Quand il n'y avait de tubercules que dans une portion du mésentère, c'était dans la partie voisine du cœcum, celle à laquelle correspondaient le plus ordinairement les grandes ulcérations. Tout cela semble indiquer une liaison étroite entre les tubercules mésentériques, la membrane muqueuse et les ulcérations de l'intestin grêle. Mais dans plus de la moitié des cas, les ulcérations étaient petites, et quand elles étaient fort larges, et par conséquent anciennes, la quantité de matière tuberculeuse n'en était pas

plus considérable. Le seul cas dans lequel nous ayons vu toutes les glandes mésentériques entièrement transformées en matière tuberculeuse, est celui d'un jeune homme dont l'affection était encore récente, qui n'eut que fort peu de dévoiement, chez lequel nous trouvâmes la membrane muqueuse de l'intestin grêle parfaitement saine sous le rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur. (Obs. 23.) La seule lésion qu'elle présentât (et sans doute on n'y attachera pas beaucoup d'importance relativement à l'objet qui nous occupe), était une ulcération arrondie, d'une ligne de diamètre, à bords pâles et plats, située dans le voisinage du cœcum. D'où il faut conclure que si l'inflammation des glandes lymphatiques, celle de la membrane muqueuse et les ulcérations de l'intestin grêle qui y correspondent, doivent être regardées comme cause occasionelle des tubercules mésentériques dans certains cas, il en est d'autres où ces tubercules en sont indépendans.

On dira peut-être, relativement à l'observation que nous venons de signaler, que l'affection tuberculeuse étant chronique de sa nature, il est probable que celle du mésentère remontait à une époque antérieure au début de la maladie principale; que dès-lors l'inflammation de la membrane muqueuse à laquelle on devait l'attribuer, avait pu disparaître. Mais ce serait répondre à un fait par une hypothèse, et supposer comme constant ce qui ne l'est pas; puisque la matière tuberculeuse se développe quelquefois avec beaucoup de rapidité, comme nous le verrons, en parlant de la marche de la phthisie. Ajoutons, par anticipation, que nous n'avons rencontré de tuber-

…ules mésentériques que chez les phthisiques; que …ar cela même nous ne saurions imaginer qu'ils aient …evancé l'affection principale, et que depuis son début … n'y avait pas eu de signe d'irritation bien marquée …e la membrane muqueuse de l'intestin grêle.

152. La durée de la phthisie était sans influence …ur le développement de l'affection qui nous occupe. …ous l'avons observée aussi fréquemment chez les …ujets dont la maladie était récente, datait d'un mois …t demi à cinq mois, que dans les cas où elle s'était …rolongée d'un à dix ans.

153. Quand elles n'étaient pas tuberculeuses, les …landes mésentériques avaient encore assez fréquem…ment un volume considérable, et une couleur rouge …lus ou moins vive. C'est une raison de croire que, dans …es cas où la matière tuberculeuse existait en même …emps que l'inflammation, elle en avait été précédée.

154. Nous n'avons recueilli aucun symptôme qui …uisse être rapporté à l'affection qui nous occupe. …ans le cas déjà cité, où toutes les glandes mésen…tériques étaient complètement transformées en ma…tière tuberculeuse, le malade n'avait point eu de …ouleur à l'ombilic. La pression convenablement …xercée n'y avait fait sentir aucune tumeur. Néan…moins, si chez des phthisiques nous venions à en dé…couvrir une dans la région du mésentère, nous croi…ions pouvoir la considérer comme tuberculeuse, vu …ue dans aucun cas de cette espèce nous n'en avons …rouvé d'une autre nature.

Article II.

DES GLANDES MÉSO-CŒCALES, MÉSO-COLITES ET LOMBAIRES.

155. Les glandes méso-cœcales étaient un peu moins fréquemment tuberculeuses que celles du mésentère*, et plus souvent que celles du méso-colon lombaire droit. Dans cet état, elles étaient, comme les glandes mésentériques, plus ou moins augmentées de volume, rarement transformées dans toute leur étendue en matière tuberculeuse, et plus ou moins rouges là où cette transformation n'existait pas.

Cinq fois sur soixante sujets, nous avons rencontré la transformation des glandes lombaires en tubercules. Dans trois cas elle était complète, les glandes du volume d'une noix, fermes et sans le moindre ramollissement. Dans l'un d'eux, la membrane muqueuse de l'intestin grêle et du colon était parfaitement saine, et aucune lésion des organes contenus dans la cavité de l'abdomen, ne pouvait rendre compte de celle dont il s'agit. Le sujet de l'observation était une femme âgée de soixante-dix ans.

Dans aucun des cas qui font l'objet de cet article, nous n'avons vu de granulation grise à côté de la matière tuberculeuse, dont le développement était par conséquent le même que dans les glandes du mésentère. — Une seule fois nous avons trouvé les glandes du méso-colon lombaire droit converties en matière tuberculeuse.

Article III.

DES GLANDES CERVICALES, AXILLAIRES ET BRONCHIQUES.

156. Les glandes cervicales étaient plus ou moins tuberculeuses chez la dixième partie des sujets, huit fois sur quatre-vingts d'entre eux ; et comme celles du mésentère dans les mêmes circonstances, plus volumineuses que dans l'état naturel, et d'une couleur rouge plus ou moins foncée dans les parties où la transformation n'existait pas. (Obs. 9, 18, 35, 47.)

Sur quatre des sujets dont il s'agit, la membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge plus ou moins vif. Elle offrait même quelques petites ulcérations chez l'un d'eux. Dans les autres cas elle était parfaitement saine ; en sorte que, dans aucun de ceux où elle était le siége des vastes ulcérations qui ont été décrites (Obs. 15, 43), il n'y avait de glandes cervicales tuberculeuses ; et qu'ici, comme nous l'avons dit pour plusieurs cas de tubercules mésentériques, la transformation tuberculeuse doit être considérée comme le résultat d'une cause différente de l'inflammation de la membrane muqueuse à laquelle les glandes correspondent.

Dans un seul cas (Obs. 9), les glandes cervicales transformées en matière tuberculeuse ont donné lieu à quelques douleurs, et la malade, objet de cette observation, nous a fourni le seul exemple que nous possédions de tubercules développés dans les glandes

axillaires. Elle y éprouvait les mêmes douleurs qu'au cou.

157. Quand les glandes bronchiques étaient tuberculeuses, elles avaient ordinairement un grand volume, une couleur grise et noirâtre. Très-rarement elles étaient rougeâtres ou couleur pelure d'oignon.

---

158. La lésion qui vient de nous occuper paraît propre à la phthisie. Sur quatre-vingt-dix-huit sujets morts de maladies chroniques de différentes espèces, dysenterie, etc., etc., nous n'avons rencontré de glandes lymphatiques tuberculeuses dans aucun cas. Cependant il y a eu dans un assez grand nombre d'entre eux, inflammation de la membrane muqueuse intestinale, quelquefois même ulcération, etc., etc.; nouveau motif de croire que l'inflammation des membranes muqueuses n'est ni la cause unique, ni la condition la plus importante de la transformation.

Chapitre V.

APPAREIL BILIAIRE.

Article Premier.

DU FOIE.

159. La transformation graisseuse du foie était la lésion la plus fréquente et la plus remarquable de ce viscère. Elle existait sur la troisième partie

les sujets, quarante fois sur cent vingt d'entre eux. Dans cet état, le foie était pâle, presque toujours d'une couleur fauve plus ou moins tendre, piqué de rouge à l'extérieur comme à l'intérieur. Il conservait la forme qui lui est propre; mais son volume était presque toujours augmenté, quelquefois même près de deux fois plus considérable que dans l'état naturel. Cette augmentation avait presque toujours lieu aux dépens du grand lobe. Alors le foie recouvrait une grande partie de la face antérieure de l'estomac, occupait l'épigastre, dépassait les fausses côtes de deux ou trois travers de doigt, atteignait la crête de l'os des îles et la rate, qu'il débordait même quelquefois. Dans un cas, nous l'avons vu placé au milieu du ventre, et distant du pubis de deux pouces environ.

160. Sa consistance, à quelques exceptions près, et seulement quand la lésion n'était pas encore très-prononcée, était beaucoup moindre que dans l'état naturel; on le rompait très-facilement; il était quelquefois très-mou. Dans les cas où la transformation était très-avancée, il graissait le couteau et les mains comme l'aurait fait la graisse ordinaire. A un degré beaucoup moindre, on s'assurait de son existence en plaçant une petite tranche de foie sur une feuille de papier, qu'on exposait à la flamme d'une bougie : un faible degré de chaleur opérait la fusion d'une petite quantité de graisse, qui imprégnait aussitôt le papier et décelait sa présence. — La lésion s'étendait constamment à la totalité de l'organe.

161. Les causes de la transformation graisseuse du foie nous semblent aussi obscures que celles des autres maladies organiques. Sans donc prétendre à la

8*

solution de ce problème, nous allons indiquer les principales circonstances au milieu desquelles s'opère la transformation qui nous occupe.

La première à remarquer, c'est que cette lésion existe presque uniquement chez les individus atteints de phthisie; en sorte qu'on peut, jusqu'à un certain point, la considérer comme une dépendance de cette affection. Sur deux cent trente sujets morts de maladies aiguës ou chroniques, à-peu-près en nombre égal, nous n'avons trouvé que neuf exemples de foie gras; et, de ces neuf exemples, sept sont relatifs à des individus qui avaient un certain nombre de tubercules pulmonaires. En réunissant les neuf cas dont il s'agit aux quarante précédemment indiqués, nous avons quarante-neuf exemples de foie gras, les seuls que nous ayons recueillis dans l'espace de trois années, parmi lesquels quarante-sept chez les phthisiques. Assurément il est peu de phénomènes dont la dépendance est incontestable, pour lesquels les faits parlent d'une manière plus unanime.

Le sexe est encore une des causes qui favorisent la transformation graisseuse du foie; car, des quarante-neuf cas dont il vient d'être question, dix seulement sont relatifs aux hommes; de manière que la proportion des foies gras chez eux et chez les femmes était, à très-peu de chose près, comme 1 à 4. A la vérité, les exemples de phthisie étaient un peu plus fréquens chez ces dernières que chez les hommes, dans la proportion de 66 à 57; mais cette différence n'est pas assez considérable pour altérer bien sensiblement le rapport indiqué, et notre assertion n'en reste pas moins exacte.

La force ou la faiblesse de la constitution n'avait aucune influence sur la lésion qui nous occupe. Il en a été de même relativement à l'âge. Des quarante phthisiques dont nous avons parlé, dix-huit avaient de vingt à trente ans; treize, de trente à quarante; cinq, de quarante à cinquante; trois, de cinquante à soixante; et un, de soixante à soixante-dix; proportion qui est à peu près la même que celle de la phthisie aux différens âges de la vie.

Nous ne mettons point non plus au nombre des causes qui favorisent le développement de l'état gras du foie, les maladies du duodénum, vu qu'elles étaient rares et tout aussi peu communes chez les sujets dont le foie avait subi la transformation qui nous occupe, que chez ceux où il était parfaitement sain (102).

162. La transformation graisseuse du foie peut être très-prompte. Nous l'avons observée dans des cas où la phthisie avait parcouru toutes ses périodes en cinquante jours. (Obs. 36.) La marche plus ou moins rapide de l'affection tuberculeuse n'a pas même apporté de différence sensible dans la proportion des foies gras. Elle était la même dans les cas où la maladie avait duré quelques mois seulement, et dans ceux où elle existait depuis plusieurs années.

163. Toutefois, si nous admettons que le passage du foie à l'état gras peut être aigu ou chronique, c'est seulement à cause de la dépendance qui existe entre cette lésion et la phthisie; car nous manquons de signes capables de la faire reconnaître à une époque quelconque de sa durée. En vain nous avons été au-devant des symptômes qui pourraient lui appartenir, nous n'en avons recueilli aucun. Les malades n'éprouvaient

pas de douleurs dans l'hypochondre droit : la pression sur le foie, quand il dépassait le bord des côtes, n'en produisait pas davantage ; et si elle était douloureuse à l'épigastre, dans les cas où le foie l'occupait, on en trouvait la raison dans l'état de la membrane muqueuse de l'estomac. Une seule fois nous avons vu la couleur de la peau altérée. Le sujet de l'observation était une femme de trente ans (Obs. 30), chez laquelle la phthisie eut, tout à la fois, une marche très-obscure et très-lente. Elle avait habité l'Angleterre pendant quelques années; et au milieu du cours de l'affection principale, il y eut des picotemens dans l'hypochondre droit, et quelques autres symptômes qui firent soupçonner une maladie du foie. On lui opposa des purgatifs et du mercure doux ; la couleur de la peau s'altéra insensiblement, et quand nous vîmes la malade, elle était d'une faible nuance jaune, à part la figure qui avait une teinte bistre inégale. Les sclérotiques avaient conservé la couleur blanche qui leur est naturelle; et cette circonstance, comme nous le dirons plus tard, doit nécessairement jeter des doutes sur la cause présumée de l'altération de la couleur de la peau.

Dans cette absence de symptômes propres, une seule circonstance peut faire soupçonner l'état pathologique du foie ; nous voulons parler de l'augmentation de son volume, puisqu'elle existe fréquemment et presque exclusivement chez les phthisiques, dans le cas dont il s'agit.

164. Chez tous les sujets où il était gras, le foie ne présentait aucune autre espèce de lésions organiques. Celles-ci, d'ailleurs, y étaient fort rares. Ainsi, deux

fois seulement nous y avons observé une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse. (Obs. 9.) Chez deux jeunes gens de dix-huit à dix-neuf ans, ce viscère offrait, à l'intérieur, un assez grand nombre de kystes d'un petit volume, d'une à trois lignes de diamètre, d'une consistance faible, de manière à ne pouvoir être séparés des parties environnantes avec lesquelles ils adhéraient peu cependant, qu'avec beaucoup de précautions. Ils avaient environ un millimètre d'épaisseur, et contenaient une matière verdâtre, comme pulpeuse. Nous n'avons rencontré cette espèce de kyste que dans le foie et chez les phthisiques.

Chez un autre sujet (une femme de vingt-neuf ans), le moyen lobe était détruit, et remplacé par un kyste fibreux irrégulièrement arrondi, d'un volume à-peu-près double de celui du lobe auquel il correspondait, d'un millimètre et souvent bien moins d'épaisseur. Ce kyste, d'un blanc jaunâtre, contenait un fluide incolore, un peu louche, d'une médiocre densité, au milieu duquel on voyait une centaine de petits corps libres et flottans, arrondis, du volume d'un grain de chenevis à celui d'une petite cerise. Ces petits corps étaient formés par une membrane mince contenant un fluide clair. Le kyste lui-même était tapissé dans toute son étendue par une membrane blanche, opaque, de la consistance du blanc d'œuf cuit, d'une demi-ligne à trois-quarts de ligne d'épaisseur, très-peu adhérente, juxta-posée pour ainsi dire, lisse et polie comme une membrane séreuse par son côté adhérent, d'un aspect mat à sa face interne. Celle-ci présentait cinq renflemens allongés, d'un pouce à un

pouce et demi de surface, d'une à deux lignes d'épaisseur, inégaux, bosselés, ayant l'aspect de l'albumine concrétée à la surface d'un œuf ébréché. Le parenchyme sur lequel le kyste était appliqué n'offrait aucune espèce d'altération.

La consistance du foie était très-variable. Tantôt mou, tantôt plus ferme que dans l'état ordinaire, il unissait quelquefois à une certaine dureté une friabilité remarquable, et, dans aucun cas, l'histoire la plus détaillée de la maladie n'offrait de symptômes qui pussent être rapportés à cet état.

Un des sujets dont nous avons donné l'histoire (Obs. 7), était l'exemple (unique pour nous), d'un foie emphysémateux, plus léger que les poumons, ayant à peine le volume qui lui est naturel.

Article II.

DE LA BILE ET DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

165. Chez la troisième partie des sujets dont le foie était gras, la *bile de la vésicule* avait une couleur noirâtre, une consistance poisseuse, semblable à celle de la mélasse, ne coulait plus, tenait en quelque sorte le milieu entre les corps solides et les liquides. Chez le second tiers, elle était encore très-épaisse, mais à un degré moins considérable. Dans le dernier, elle avait la couleur et la consistance qui lui sont naturelles. En général, elle était d'autant moins abondante qu'elle était plus épaisse.

Toutefois, l'épaississement de la bile à un degré

qui lui donne au premier aspect de la ressemblance avec la mélasse, n'est pas propre aux cas où le foie est gras. On le rencontre encore avec d'autres états de ce viscère, mais dans une proportion beaucoup moins grande. Ainsi, sur trois phthisiques dont le foie était sain, la bile avait la consistance dont il s'agit. Nous avons fait la même remarque sur des sujets morts d'autres maladies chroniques, et dont le foie était dans l'état naturel. Cinq sur soixante-dix avaient la bile de la vésicule d'une consistance demi-solide, pareille à celle de la mélasse.

166. Il n'y avait aucun rapport entre l'état de la bile et celui de l'estomac. Sa consistance était extrêmement épaisse dans les cas les plus variés; quand la membrane muqueuse de ce viscère était ramollie, amincie, enflammée ou dans l'état naturel; chez les sujets qui avaient conservé une partie de leur appétit jusque dans les derniers jours de leur existence, et chez ceux qui l'avaient perdu bien avant le terme total; chez ceux qui avaient eu des vomissemens de plus ou moins longue durée, et chez ceux qui en avaient été exempts.

Dans aucun cas, la bile du canal cholédoque ne nous a paru sensiblement altérée.

167. Les parois de la *vésicule biliaire* étaient rarement le siége de quelque lésion. Deux fois nous les avons trouvées plus ou moins épaissies par suite de l'infiltration; deux autres fois l'épaississement reconnaissait une autre cause. Dans un de ces derniers cas (Obs. 49), le fond de la vésicule adhérait aux parois de l'abdomen, et dans le point correspondant la membrane muqueuse était détruite dans la largeur

d'un pouce environ. Pareille destruction, mais moins considérable, existait près du col. Dans le reste de son étendue, cette membrane avait un demi-millimètre d'épaisseur, et, sauf les dimensions, offrait assez bien l'aspect de vessies à colonnes. Le tissu cellulaire sous-muqueux n'était pas moins épaissi, il était cassant au niveau des ulcérations. La vésicule contenait environ deux cents calculs, dont le plus gros avait le volume d'un pois, et le plus petit celui d'un grain de millet. Deux années avant sa mort, le sujet avait eu de vives douleurs au niveau de la vésicule, et des jaunisses qui s'étaient renouvelées plusieurs fois pendant onze mois.

Trois femmes, âgées de trente, trente-quatre et soixante ans, offraient au milieu d'une assez grande quantité de bile un nombre considérable de calculs, sans altération des parois de la vésicule. Aucun symptôme n'avait annoncé leur présence, et les malades étaient mortes à différentes époques de l'année, au printemps, en été et en automne.

---

168. Nous avons aussi rencontré sur des sujets morts de diverses affections chroniques, et principalement chez ceux affectés d'une maladie du foie (peut-être hépatite chronique), des calculs biliaires, l'épaississement et l'ulcération des parois de la vésicule. Ces lésions y étaient même un peu plus fréquentes que chez les phthisiques. Les calculs biliaires n'étaient pas toujours accompagnés d'ulcérations; mais nous n'avons jamais observé ces dernières, qu'il n'y eût en même-temps un plus ou moins grand nombre de

calculs dans la vésicule. On en trouvait encore dans la majeure partie des cas où la membrane muqueuse était simplement épaissie.

Chapitre VI.

DE LA RATE.

169. Si l'ignorance où nous sommes des usages de la rate, rend l'étude de ses lésions moins intéressante que celle des autres organes, leur nombre et leur fréquence sont du moins faits pour exciter le zèle des observateurs, et c'est pour cette raison que nous n'avons pas cru pouvoir nous dispenser de faire l'énumération de celles que nous y avons rencontrées. Ces lésions étaient relatives à la consistance, au volume de l'organe, et au développement des tissus accidentels.

170. Ces tissus étaient au nombre de deux : l'un, le tuberculeux, existait dans la quatorzième partie des cas; sept fois sur quatre-vingt-dix sujets dont la rate a été examinée avec soin. (Obs. 6, 7, 9.) Les tubercules étaient excessivement nombreux, d'un volume variable entre celui d'un grain de chenevis et d'une aveline, dans un des cas. Dans tous, un seul excepté, ils étaient plus ou moins exactement arrondis, jaunâtres, opaques, d'un aspect mat, en tout semblables aux tubercules développés dans les poumons. Ils n'étaient point enkystés, et le tissu de l'organe était sain dans tout leur pourtour. Les deux su-

jets qui en offraient le plus, en avaient aussi beaucoup dans d'autres parties du corps, le mésentère, le cou, les aisselles et même le cerveau. (Obs. 9.) Dans aucun cas nous n'avons observé de matière grise demi-transparente à côté des tubercules; de manière qu'ici encore ils paraissent se développer primitivement tels. Dans le septième cas, la matière tuberculeuse n'était point développée sous forme arrondie, et avait des caractères un peu différens de ceux qu'elle présentait dans les autres. Le sujet de l'observation était un homme de trente-sept ans, dont la maladie dura cinq mois, chez lequel la rate avait un volume un peu plus considérable que dans l'état naturel, adhérait au diaphragme dans une certaine étendue, était enveloppée dans tout son pourtour par une fausse membrane cartilagineuse, de demi-ligne ou à-peu-près d'épaisseur. Sous cette membrane, dans la partie correspondante à la face externe de la rate, se trouvait un tissu jaunâtre d'un aspect mat, sans structure déterminée, très-ferme, très-difficile à déchirer, assez semblable pour l'aspect aux semelles de chamois, ayant la forme d'un segment de sphère, de quatre pouces et demi de diamètre, mince à sa circonférence, d'un peu moins d'un pouce d'épaisseur au centre.

171. Nous n'avons observé qu'une fois la seconde espèce des tissus accidentels. C'étaient des granulations arrondies, jaunâtres, luisantes, élastiques, humides, très-différentes de la matière tuberculeuse, placées irrégulièrement au milieu de la rate ramollie et augmentée de volume.

172. Ce volume était extrêmement variable, bien moindre que dans l'état naturel sur quinze sujets,

beaucoup plus considérable, double, triple, quadruple et même au-delà chez seize autres. Nous avons cherché s'il y avait quelque rapport entre cette augmentation de volume et les fièvres intermittentes ou continues, éprouvées par les malades à une époque plus ou moins éloignée du terme fatal, et nous sommes arrivé à un résultat négatif. La rate était fort petite chez la plupart des sujets qui avaient eu des fièvres d'accès ou continues graves; deux fois seulement nous l'avons trouvée volumineuse dans le premier cas, et une fois dans le second.

173. Sa consistance ne variait pas moins que son volume. Elle était bien plus considérable que dans l'état naturel sur dix sujets; et dans tous les cas, à l'exception d'un seul, le même degré de densité existait dans toute l'étendue de la rate. A l'augmentation de consistance, se joignait, chez la majeure partie des individus, celle de volume, quelquefois aussi une friabilité remarquable. Le ramollissement au même degré, ou même à un degré plus considérable que dans les fièvres graves, existait sur huit des quatre-vingt-dix sujets dont il a été question.

---

174. Afin de savoir si l'on pouvait attribuer à la phthisie quelque influence sur les différens états de la rate que nous venons d'indiquer, nous les avons rapprochés de leurs analogues chez des sujets qui avaient succombé à des affections aiguës ou chroniques de toute espèce. Chez ces derniers, l'augmentation de volume existait dans la même proportion que chez les phthisiques, et sa diminution était tout à la fois plus considé-

rable et plus fréquente. Sur cent soixante sujets, dont nous exceptons ceux qui sont morts de fièvre grave, cinquante avaient la rate d'un petit volume. Parmi eux, vingt-un présentaient cette diminution de volume à un degré très-considérable, et avaient succombé à la péripneumonie ou à quelque maladie du cœur; ce qui indique que les dimensions de la rate sont parfaitement indépendantes de l'embarras de la circulation. La proportion des ramollissemens était plus considérable après les maladies aiguës qu'à la suite des affections chroniques, et, en somme, à-peu-près la même que chez les phthisiques. — Dans aucun des cas dont il s'agit nous n'avons rencontré de tubercules dans la rate.

Chapitre VII.

APPAREIL DES VOIES URINAIRES.

175. Cet appareil présentait rarement quelque lésion remarquable.

Nous avons souvent observé les *capsules surrénales* avec soin, et la seule lésion qu'elles nous aient offerte, a été, dans deux cas, une petite quantité de matière tuberculeuse non ramollie. — Nous n'en avons jamais rencontré dans les mêmes organes, sur des sujets morts de maladies chroniques différentes de la phthisie.

176. Les *reins*, sous le triple rapport de la consistance, de la couleur et du volume, étaient parfaitement sains dans les trois quarts des cas. Seize fois seulement, sur quatre-vingt-dix sujets, nous les avons

trouvés un peu plus rouges que dans l'état naturel. Trois fois leur consistance était considérablement augmentée. Des kystes d'un petit volume y étaient développés sur quatre sujets (Obs. 19). Dans trois cas ils offraient une certaine quantité de matière tuberculeuse, et dans l'un d'eux cette lésion se continuait dans l'uretère correspondant. La rareté des faits de ce genre nous engage à donner l'histoire de celui que nous avons observé.

V^{e}. Observation.

Un perruquier, âgé de vingt-quatre ans, scrophuleux, d'une constitution délicate, né de parens sains, eut à l'âge de douze ans une entorse au pied droit. Après avoir été assez vives pendant deux années, ses douleurs cessèrent, et ne reparurent que de loin en loin. Des fistules établies autour de l'articulation tibio-tarsienne, versaient presque sans interruption, dans les quatre dernières années, une certaine quantité de pus. Le malade n'en avait pas moins continué ses occupations, et souvent fait de longues courses sans inconvénient. Il toussait et crachait depuis dix-neuf mois, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité le 16 février 1822. Au début de la toux, des douleurs très-vives dans le côté droit de la poitrine avaient exigé l'application d'un grand nombre de sangsues vis-à-vis le point douloureux. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie, et la dyspnée ne remontait guère au-delà de six mois. L'appétit avait diminué depuis plus d'un

an, et dans les quatre derniers mois l'anorexie était devenue complète, la soif vive, la diarrhée fréquente. Le malade ne se rappelait pas avoir eu de sueurs; il accusait des frissons depuis quinze jours.

Le 17 février, dernier degré de marasme, faiblesse considérable; point de céphalalgie, de douleurs dans les membres ou dans les reins; facultés intellectuelles bien développées. Parole brève, voix claire, respiration accélérée, toux médiocrement fréquente, quelquefois par quinte; crachats peu abondans, verdâtres, opaques; percussion claire dans toute l'étendue de la poitrine; retentissement, pectoriloquie entre les épaules et sous l'aisselle droite. — Peau sèche, chaleur vive dans la soirée; ni sueur, ni frissons la nuit précédente; pouls médiocrement accéléré. — Langue nette et naturelle au pourtour, soif vive, anorexie presque complète, épigastre indolent; de loin en loin quelques nausées à la suite de la toux; quatre selles liquides; vents accompagnés de coliques.

Les jours suivans la diarrhée devint un peu plus forte; mais les autres symptômes ne changèrent pas sensiblement. Il y eut un peu de surdité du 12 au 15 mai, jour de sa mort, et après vingt-quatre heures de délire le malade mourut.

Ouverture du cadavre, trente-six heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable. (Le cerveau fut enlevé pour servir à des recherches anatomiques.)

Poitrine. Les deux poumons adhéraient par leur partie supérieure, et en arrière, à la plèvre costale. Il y avait au sommet de celui du côté gauche une pe-

tite excavation tuberculeuse, et dans le reste de son étendue beaucoup de granulations grises demi-transparentes autour desquelles le tissu pulmonaire était parfaitement sain. En faisant une incision du sommet à la base de l'organe, on voyait une foule d'ouvertures arrondies, qui n'étaient autre chose que les orifices des bronches plus ou moins épaissies et uniformément dilatées jusque près de la surface du poumon. Les mêmes lésions existaient à droite; mais l'excavation du sommet du lobe supérieur était peu considérable, les granulations encore plus nombreuses, les bronches plus dilatées que du côté gauche. — Le cœur avait un médiocre volume.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était rouge autour du cardia; l'intestin grêle offrait quelques ulcérations; il y en avait de fort larges dans le cœcum. Le colon et les autres viscères de l'abdomen, à l'exception du rein droit, étaient dans l'état naturel. Ce rein avait la position et le volume qui lui sont ordinaires, était jaunâtre et bosselé dans son tiers supérieur, n'offrait rien de remarquable au-dessous. L'uretère correspondant était dur, avait quatre lignes de diamètre environ, perdait de sa largeur et de sa densité en approchant de la vessie. Le tissu propre du rein était détruit dans son tiers supérieur, et remplacé par une matière jaunâtre, opaque, véritablement tuberculeuse, qui reposait sur une fausse membrane de même nature. Celle-ci se prolongeait inférieurement, tapissait le bassinet et l'uretère, aux parois desquels elle était fortement appliquée. Ferme à sa face adhérente, elle devenait molle et friable à mesure qu'on s'approchait de

9

sa surface libre ; avait d'une demi-ligne à une ligne d'épaisseur ; était plus consistante dans l'uretère que partout ailleurs.

176. Par extraordinaire, nous avons omis d'examiner la vessie, en sorte que nous ignorons si la fausse membrane tuberculeuse se prolongeait jusque dans sa cavité. Bien que la chose ne nous paraisse pas probable, vu que l'épaisseur et la dureté de l'uretère diminuaient, comme nous avons dit, en approchant de la vessie, nous nous abstiendrons de toute espèce de conjecture à cet égard.

177. Des deux autres sujets, l'un était un jeune homme de dix-huit ans, d'une assez bonne constitution, ordinairement bien portant, non sujet au rhume, et qui succomba à la phthisie après sept mois de maladie. On trouva entre autres lésions, à l'ouverture de son corps, un grand nombre d'ulcérations dans l'un et l'autre intestin, des granulations tuberculeuses, et un ténia dans la portion du jéjunum voisine de l'iléum ; beaucoup de tubercules dans le mésentère ; les deux reins plus rouges que dans l'état ordinaire, et au sommet de celui du côté droit, un tubercule non enkysté, un peu ovalaire, long d'un pouce dans son plus grand diamètre, d'un jaune citrin et d'une bonne consistance.

Le troisième sujet était encore un jeune homme. Il était d'une constitution faible, et succomba cinq mois après le début de la phthisie. La membrane muqueuse du canal intestinal était parfaitement saine sous le rapport de la fermeté, de la couleur et de l'épaisseur ; le mésentère dépourvu de tubercules. Il y en avait beaucoup sur les côtés de la colonne

lombaire, autour du détroit supérieur, et le long du cou. Un des cônes tubuleux, placé au sommet du rein droit, était entièrement converti en matière tuberculeuse un peu ramollie au centre. Un autre cône, voisin du précédent, offrait encore une petite quantité de la même matière infiltrée çà et là. Le tissu intermédiaire était sain.

178. Dans ces deux derniers cas, nous avons noté exactement l'état de la membrane muqueuse de la vessie et des uretères, et nous l'avons trouvée parfaitement saine. Nul moyen, dès-lors, d'attribuer à son inflammation le développement de la matière tuberculeuse des reins. Et dans l'observation précédente, comment regarder la fausse membrane qui tapissait le bassinet et l'uretère comme le produit de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, inflammation dans laquelle plusieurs médecins font consister le développement des tubercules?

179. La *vessie* plus ou moins étroite ou distendue, n'offrait de lésion dans aucun cas. A peine avons-nous trouvé quelquefois sa membrane muqueuse légèrement injectée.

---

180. Sur près de deux cents sujets morts de toute espèce de maladies, nous avons examiné les reins avec soin, sans y trouver la moindre parcelle de matière tuberculeuse. — Les autres lésions y étaient les mêmes qu'à la suite de la phthisie. — A deux exceptions près, nous avons aussi constamment vu la membrane muqueuse de la vessie parfaitement saine chez les mêmes sujets.

Chapitre VIII.

DES ORGANES GÉNITAUX.

Article premier.

DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

181. Dans le petit nombre de cas où nous avons observé la verge des phthisiques, nous n'y avons rien vu de remarquable. Mais, sur quarante sujets dont la prostate, les vésicules séminales et les conduits déférens ont été scrupuleusement examinés, trois offraient une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse dans la prostate; et chez l'un d'eux (celui qui fait l'objet de l'observation suivante), cette matière existait à la fois dans la prostate, les vésicules séminales et les conduits déférens.

VIe. OBSERVATION.

Un tailleur allemand, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution peu forte, mais rarement malade, ayant la peau blanche, les cheveux blonds, les formes régulières et peu d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité le 27 octobre 1824. Il était malade de-

puis quinze jours, avait été pris, dès le début, au milieu d'une santé parfaite, et sans cause apparente, d'une hémoptysie assez forte, qui avait continué depuis, malgré deux saignées, le repos et la diète. La toux avait paru en même-temps. Il s'y était joint de la chaleur et des sueurs copieuses pendant la nuit. L'appétit avait diminué, la soif était devenue considérable. Il n'y avait eu ni ardeur ni douleur de poitrine.

Le 28, toute l'habitude du corps, les lèvres et la langue étaient décolorées, les forces abattues, la respiration un peu accélérée, la toux assez fréquente, une partie du crachoir occupée par un sang plus ou moins spumeux, liquide et noirâtre; la percussion de la poitrine sonore, la respiration claire, un peu moins forte sous les clavicules immédiatement que partout ailleurs; le pouls peu développé, légèrement accéléré (quatre-vingt-dix pulsations par minute); la chaleur comme dans l'état naturel; la soif assez considérable, l'appétit très-déprimé; le ventre indolent, les selles rares. (Saignée de ℥ viij, émulsion légère bis: pédiluves synap.)

L'hémoptysie cessa tout-à-fait le 30, et ne reparut pas ensuite.

Dans les trois mois suivans, c'est-à-dire jusqu'au 1 février 1825, jour de sa mort, la toux fut ordinairement très-forte la nuit; les crachats abondans, formés par un fluide clair, unis vers la fin de novembre et dans le mois suivant à quelques autres un peu opaques et par fois peletonnés. Ils furent légèrement grisâtres, comme demi-vitrés et peu abondans presque tout le mois de janvier. — Le 2 décembre, la respiration était dure, mais sans râle, sous les clavicules.

Le 9 janvier, ce caractère était encore plus remarquable; et du côté gauche, dans la moitié antérieure inférieure de la poitrine, et en arrière, dans toute son étendue, le bruit respiratoire était mêlé d'une crépitation assez fine; mais la percussion y était toujours sonore. Le 25, le son était très-obscur sous la clavicule gauche dans la hauteur de trois pouces, et la pectoriloquie manifeste dans le point correspondant. La dyspnée fut considérable à compter du milieu de janvier. Il n'y eut de douleurs ni au larynx, ni dans la région de la trachée-artère; la voix fut altérée les huit derniers jours seulement.

Le pouls, très-peu accéléré dans les mois de novembre et de décembre, le devint davantage ensuite; et du 15 au 20 janvier, il battait de quatre-vingt-quinze à cent dix fois par minute. La chaleur suivit les progrès de l'accélération du pouls; il y eut constamment des sueurs nocturnes, presque toujours bornées à la partie supérieure du corps, et quelques frissons irréguliers dans le dernier mois.

Peu après l'entrée du malade à l'hôpital, son appétit se releva, et ses alimens furent graduellement augmentés; de manière qu'à la fin de novembre et dans le mois suivant, il mangeait le quart ou la moitié de la portion. Les selles furent rares et sollicitées par des lavemens de graine de lin, pendant les deux premiers mois; puis fréquentes et liquides. Il n'y eut ni coliques, ni nausées, ni vomissemens; la soif fut toujours assez considérable.

A partir du début de la diarrhée, la faiblesse fit des progrès rapides; et, dans les vingt derniers jours, le malade garda constamment le lit. Il y eut un

peu de délire quelques heures avant la mort, qui arriva le soir à quatre heures.

On fit appliquer un vésicatoire au bras gauche dès le commencement du mois de décembre; et depuis lors, jusque dans les derniers jours de la vie, le malade fit tous les matins des frictions d'hydriodate de potasse sous les aisselles.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort.

État extérieur. Commencement du dernier degré de marasme sans œdème.

Tête. Infiltration très-peu considérable au-dessous de l'arachnoïde; quelques granulations blanches, opaques, miliaires, nées de cette membrane, le long de la scissure médiane; — une cuillerée de sérosité claire dans le ventricule latéral gauche; un peu moins dans le droit: deux autres cuillerées dans les fosses occipitales inférieures — Immédiatement au-dessous de la protubérance et dans l'épaisseur de la moelle allongée, se trouvait un tubercule de la grosseur d'un pois de moyenne dimension, ni enkysté, ni ramolli; autour duquel la substance médullaire était dans l'état naturel. — Le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. L'épiglotte n'offrait rien de remarquable. Il y avait une ulcération profonde, arrondie, d'une ligne et demie de diamètre, à la réunion des cordes vocales. La membrane muqueuse de la trachée-artère était un peu rouge à sa partie inférieure, d'une consistance et d'une épaisseur convenables.

Poitrine. Quatre à cinq onces de sérosité claire dans chacune des plèvres. Une bride blanche, étroite,

allait de la plèvre costale au sommet du poumon gauche, où elle était fixée vis-à-vis une cavité tuberculeuse. Le lobe supérieur de ce poumon était dur dans sa totalité, offrait beaucoup de taches jaunes à sa surface, deux excavations peu considérables à sa partie supérieure, et dans le reste de son étendue un nombre presque infini de tubercules de forme irrégulière, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, parmi lesquels beaucoup étaient confluens, et quelques-uns ramollis, ou même incomplètement vidés. Il y en avait bien moins dans le lobe inférieur, où aucun d'eux n'était ramolli. Presque tous y étaient entourés du tissu pulmonaire hépatisé. A droite, le lobe inférieur était un peu engoué, ne contenait pas de tubercules. Ceux-ci étaient moins nombreux dans le lobe supérieur que du côté gauche dans le lobe correspondant; tous y étaient à l'état de crudité. Il n'y avait ni granulations ni matière grise dans l'un ou l'autre des poumons. — Les bronches étaient d'un rose tendre uniforme. — Le cœur était petit et sain; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. L'estomac contenait beaucoup de bile verte et un peu de mucus épais et tenace. Sa membrane muqueuse était jaune et très-molle dans une petite partie du grand cul-de-sac. Au-dessous, le long de la grande courbure, dans une surface allongée de cinq à six pouces carrés, elle était mamelonnée, rougeâtre et grisâtre, avait plus d'un millimètre d'épaisseur, et formait une saillie évidente au-dessus des parties qui l'environnaient. Ailleurs, elle était parfaitement saine. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était en bon état dans son premier tiers,

offrait des ulcérations transversales dans le tiers moyen, longitudinales et elliptiques, comme les plaques qu'elles occupaient, dans le dernier. Les ulcérations transversales ne faisaient pas tout-à-fait le tour de l'intestin, avaient un pouce ou un pouce et demi de large à leur partie moyenne, étaient plus ou moins rétrécies à leurs extrémités. La membrane muqueuse était complètement détruite à leur niveau, leur surface très-inégale; ce qui provenait de l'épaississement et de la destruction partielle du tissu sous-muqueux correspondant. Leur pourtour faisait saillie, était rougeâtre et jaunâtre, par suite du développement d'un assez grand nombre de tubercules ramollis, dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux. A l'extérieur, la partie de l'intestin correspondante à ces ulcérations, était plus ou moins grisâtre et violacée, offrait des inégalités qui provenaient des granulations tuberculeuses, placées entre le péritoine et la tunique musculaire. Les ulcérations longitudinales n'étaient pas complètes; c'est-à-dire que la membrane muqueuse n'était pas détruite dans toute leur étendue. Leur surface était inégale comme celles des précédentes, par la même raison, et aussi par l'effet d'un plus ou moins grand nombre de brides formées par la membrane muqueuse. Celle-ci était saine dans l'intervalle des ulcérations. — Dans toute la longueur du gros intestin, elle était pâle, épaissie et molle comme du mucus. Le cœcum et le colon lombaire droit offraient cinq ulcérations tuberculeuses, irrégulières, peu considérables, au fond desquelles la tunique musculaire n'était point à nu. — Toutes les glandes du mésentère avaient un volume considérable, étaient presque entièrement

tuberculeuses, et plusieurs de celles du méso-cœcum et du méso-colon ascendant, avaient subi la même transformation. — Le foie était pâle et un peu gras; la bile de la vésicule extrêmement épaisse et d'une couleur très-foncée. — La rate contenait dix à douze granulations tuberculeuses de la grosseur d'un petit pois, et son tissu était plus rouge que dans l'état naturel. — Les reins et la vessie parfaitement sains.

La prostate avait ses dimensions ordinaires, et se trouvait presque entièrement transformée en matière tuberculeuse non ramollie. — Les vésicules séminales étaient dures, un peu plus volumineuses que dans l'état naturel, et remplies d'une matière tuberculeuse très-ferme, divisée par des cloisons correspondantes à celles qui existent ordinairement. Ces cloisons étaient dures, grisâtres, épaisses de plus d'un millimètre, et semblables aux parois des vésicules. A partir du col de ces dernières, et dans la longueur de trois pouces, les conduits déférens avaient deux lignes et demie de diamètre environ, et la résistance d'une corde tendue. Leur largeur décroissait un peu en approchant du terme indiqué. Leurs parois étaient doublées d'épaisseur, d'un gris presque entièrement opaque comme celles des vésicules, et leur canal rempli, dans l'espace indiqué, d'une matière tuberculeuse, ferme et nullement ramollie. Au-delà, tout était dans l'état naturel.

---

182. Sans nous arrêter actuellement sur tous les points de cette observation qui sont dignes de quelque intérêt, nous remarquerons que la forme et les dispositions anatomiques intérieures des vésicules sémi-

nales subsistaient; qu'il n'y a pas eu transformation de tissu, mais développement de matière tuberculeuse; que ce développement était le résultat d'une sécrétion morbide dans les vésicules et dans les conduits déférens, comme dans l'uretère du sujet dont nous avons donné l'histoire dans le chapitre précédent; que ces faits ont beaucoup d'analogie avec certains cas de péritonite tuberculeuse dont nous allons bientôt parler; et qu'ils sont bien contraires à l'opinion de ceux qui regardent les tubercules comme le produit de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. (178.)

183. Un autre fait mérite encore d'être remarqué: c'est que la matière tuberculeuse existante hors des poumons, dans la moelle allongée, les replis du misentère, la rate, la prostate, etc., était partout au même degré de développement, non encore ramollie; ce qui semble indiquer l'action d'une cause unique agissant à-la-fois sur tous ces points.

A la suite des affections aiguës ou chroniques différentes de la phthisie, nous n'avons, dans aucun cas, observé de tubercules dans la prostate, les vésicules séminales ou les conduits déférens.

Article II.

DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

184. Ils étaient presque toujours (sauf les dimensions), dans l'état naturel.

La couleur du *vagin* était blanche, rose ou rouge

violet, à-peu-près dans la même proportion que chez les sujets qui succombent aux maladies les plus variées ; et l'embarras plus ou moins considérable de la circulation, ne nous a pas semblé avoir une influence marquée sur cet état. — Dans aucun cas, les parois du vagin n'offraient de lésion organique.

185. L'*utérus* avait ordinairement un volume moindre que dans l'état naturel. Comme chez les sujets qui succombent à des maladies étrangères à la phthisie, nous avons observé plusieurs fois, dans la cavité de son corps ou de son col, des polypes mous, d'un petit volume, d'une couleur pâle; quelquefois aussi des corps fibreux d'un volume peu considérable, de la grosseur d'une noisette ou un peu moins, développés dans l'épaisseur de ses parois, à une plus ou moins grande distance du péritoine. Dans un cas, nous avons trouvé la couche la plus superficielle de la face interne du corps et du col de l'utérus, transformée, dans l'épaisseur d'une ligne, en matière tuberculeuse (Obs. 32); et immédiatement au-dessous, au milieu du tissu sain, des granulations miliaires, jaunâtres, de même nature. Dans ce cas, la menstruation n'avait pas cessé d'être régulière jusqu'au troisième mois qui précéda la mort du sujet; d'où l'on peut présumer que le développement de la matière tuberculeuse n'aura eu lieu qu'après cette époque.

Nous avons observé deux fois une petite quantité de la même matière dans *les ovaires*. Dans plusieurs cas, ils offraient des kystes séreux, d'un volume ordinairement peu considérable, à-peu-près dans la même proportion qu'à la suite des autres maladies chroniques.

Nous n'avons trouvé de matière tuberculeuse dans l'épaisseur des parois de l'utérus que chez les phthisiques; tandis que les autres lésions n'y étaient pas plus communes que chez les sujets qui avaient succombé aux maladies les plus variées.

Chapitre IX.

DU PÉRITOINE.

187. Il y avait dans bien des cas un *épanchement de sérosité* dans le péritoine. Nous l'avons observé vingt-deux fois, c'est-à-dire sur la cinquième partie des sujets, à un degré plus ou moins considérable, d'une à huit pintes. Les hommes en étaient affectés dans la même proportion que les femmes; et il n'était pas plus fréquent chez les sujets, dont le foie était gras et le mésentère tuberculeux, que dans les circonstances opposées.

188. Parfois, on trouvait avec l'épanchement de sérosité, quelque *fausse membrane jaunâtre et molle*, ou une certaine quantité d'un *pus* épais, sans odeur, pareil à celui d'un abcès chaud. (Obs. 4, 16, 31.) Cette double lésion qui existait sur quatre sujets, ne pouvait être que le résultat d'une péritonite aiguë; et les symptômes observés pendant la vie, montraient que l'inflammation ne s'était développée que quelques jours, le plus souvent même, un jour avant la mort.

Les quatrième et seizième observations viennent à l'appui de cette assertion. Dans un autre cas (Obs. 31,) la péritonite paraît encore s'être développée dans les dernières vingt-quatre heures. Nous n'en avons pas observé les symptômes; mais nous croyons pouvoir lui attribuer l'extrême agitation éprouvée par la malade la veille de sa mort, et que nous ont attestée toutes les personnes de service.

Ce petit nombre de faits montre que le péritoine est, comme les autres organes, susceptible d'inflammation aiguë dans les dernières périodes de la phthisie; et qu'alors même, cette inflammation s'accompagne assez souvent des symptômes qu'elle détermine dans des circonstances différentes.

189. Trois sujets nous ont offert des *adhérences celluleuses anciennes* et partielles; un quatrième, des adhérences universelles de la même espèce (Obs. 14), résultat d'une péritonite chronique dont le malade avait été atteint deux ans et demi avant sa mort.

190. Dans un autre cas (Obs. 48), nous avons vu à la surface libre du péritoine, et sur le grand épiploon, beaucoup de *granulations miliaires* demi-transparentes, comme déposées au milieu d'une fausse membrane incomplètement opaque. On les enlevait avec elle. Nous avons encore trouvé, entre les parties contiguës d'une fausse membrane, qui recouvrait les intestins et la paroi antérieure de l'abdomen, des plaques plus ou moins considérables de matière tuberculeuse. (Obs. 32.) Enfin, nous avons observé un cas fort remarquable du développement de la même matière, dans le grand épiploon et le méso-colon. Nous allons en donner l'histoire.

VIIe Observation.

Un garçon bonnetier, âgé de vingt-sept ans, d'une onstitution peu forte, arrivé à Paris depuis un mois, ut admis à l'hôpital de la Charité le 7 avril 1824, ccusant cinq semaines de maladie. Au début, après voir été mouillé en route, toux, crachats, frissons, erte incomplète de l'appétit. Ces symptômes coninuèrent, la soif devint considérable et l'anorexie comlète. Les frissons se répétaient par la moindre cause; toux avait beaucoup augmenté dans les huit derniers ours, et depuis, le malade avait eu de la dyspnée. L'afiblissement s'était prononcé dès le début, bientôt uivi d'enflûre aux jambes. Toutefois le malade n'avait as été alité; il prenait un peu d'exercice tous les ours, et n'avait pas eu de douleurs de ventre.

Le 8 avril, figure faiblement colorée, infiltration égère au bas des jambes, diminution considérable es forces. Crachats verdâtres, jaunâtres, incomplètement opaques, quelques autres grisâtres, demiansparens, comme vitrés. Toux peu fréquente, ppression forte, parole brève, râle muqueux en arière et principalement du côté gauche, dans toute hauteur de la poitrine; percussion sonore. Pouls édiocrement accéléré, chaleur peu considérable. angue sèche, un peu rouge, bouche pâteuse, soif ve, anorexie; ventre tendu, bombé, légèrement onore dans tous les points, indolent : parfois

néanmoins le malade y éprouvait un léger malaise. Selles rares. (Chiendent oximel. nitré ; lavement de pariétaire, bis ; potion gom. ; deux crêmes de riz, trois bouillons.)

Les mêmes symptômes persistèrent, et prirent plus ou moins de développement jusqu'à la mort qui arriva le 29 août. Leur augmentation fut graduée, presque insensible ; la toux généralement très-faible, les crachats peu abondans, pareils à ceux qui ont été décrits. Quelquefois même, le malade passait tout une journée sans tousser ni cracher. Dans les trois derniers mois, les deux tiers inférieurs du côté droit de la poitrine ne rendirent aucun son ; la respiration y était extrêmement obscure et lointaine ; il y avait parfois des craquemens sous la clavicule correspondante. A gauche, la respiration était un peu plus faible dans le même point que dans la partie inférieure de la poitrine, et le bruit respiratoire quelquefois mêlé de râle muqueux, plus rarement d'une crépitation faible et imparfaite.

Le pouls fut un peu accéléré dans les quinze premiers jours ; après quoi il devint calme, et ne reprit de fréquence que dans les derniers temps, toujours faible et régulier. La chaleur suivit l'état da la circulation, et cessa quand le pouls perdit sa fréquence. Il y en eut rarement la nuit. Plus rarement encore le malade eut des sueurs.

La langue fut presque constamment rouge et sèche pendant les quatre mois dont il s'agit ; et, vers les derniers jours, il s'y développa une petite ulcération près de la pointe, du côté droit. La soif diminua en proportion de la fièvre, et se prononça. quoiqu'à un

faible degré, avec elle. Après quelques jours de diète l'appétit reparut, et dans la suite, le malade ne cessa de demander des alimens; mais on ne lui accordait que quelques crêmes de riz, et un peu de lait. Les nausées furent rares, et il n'y eut pas de vomissemens. Le ventre était plus ou moins volumineux; le malade y éprouvait quelquefois du mal-aise. Il n'eut de coliques à aucune époque. La diarrhée se manifesta vers la fin du mois de mai, continua dans le commencement de juin, cessa ensuite, reparut encore à différentes reprises, et fut très-abondante les vingt derniers jours.

La figure perdit promptement la faible coloration que nous y avions remarquée, devint pâle et un peu jaunâtre. Le malade s'ennuyait de la longueur de sa maladie, sans en témoigner beaucoup d'inquiétude; ne parlait que de la grosseur de son ventre, qui l'incommodait, et des vents auxquels il l'attribuait. Il maigrit rapidement; mais ses forces tombèrent d'une manière lente, et jusqu'au dernier jour il se promena plus ou moins dans les salles de l'hôpital. La tendance au sommeil augmentait avec la faiblesse. Le 29 août, à neuf heures du soir, il se leva pour aller à la selle, et à peine placé sur le bassin, il tomba contre le mur. On le remit dans son lit. Un quart-d'heure après il se leva de nouveau, se recoucha soutenu par un infirmier; et, à neuf heures et demie, il expira sans agonie.

Le traitement consista dans l'usage des délayans, des légers diurétiques, et des astringens faibles.

Ouverture du cadavre, trente-quatre heures après la mort.

État extérieur. Emphysème universel, plus considérable au cou et sur les parties latérales du tronc que partout ailleurs, accompagné de phlyctènes remplies d'un liquide violacé. Les bras étaient crépitans, et néanmoins très-petits, preuve de l'extrême maigreur du sujet.

Tête. Deux petites cuillerées de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde; un peu plus dans les fosses occipitales inférieures. Très-légère infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau un peu mou; ramollissement presque pulpeux de la cloison et de la partie inférieure de la voûte. Environ une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral.

Cou. L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère d'un rose livide, sans altération de consistance ou d'épaisseur.

Poitrine. Poumon gauche libre dans toute sa surface, d'une couleur cendrée, interrompue par des taches blanchâtres qui correspondaient à des masses plus ou moins considérables de matière grise et tuberculeuse, plus larges et plus multipliées dans le lobe supérieur que dans l'inférieur. Il n'y avait pas d'excavation, et le parenchyme pulmonaire placé autour des tubercules était sain. Le poumon droit offrait la même lésion, et ses deux tiers inférieurs étaient revêtus par une fausse membrane, unie à celle qui lui correspondait sur la plèvre costale, au moyen de filamens entre lesquels se trouvait un épanchement de

sérosité claire, évalué à dix onces. Les bronches étaient minces et d'un rose pelure d'oignon. — Le cœur avait un volume convenable; contenait une petite quantité de sang pâle et spumeux. Ses chairs étaient extrêmement flasques; les parois de l'un et l'autre ventricule minces, de manière que celles du côté gauche n'avaient que trois lignes d'épaisseur. Elles étaient si souples, qu'il semblait au premier abord que les fibres charnues fussent séparées les unes des autres par une certaine quantité de gaz; mais il n'en était pas ainsi.

Abdomen. Sa paroi antérieure adhérait aux parties sous-jacentes, au moyen de filamens celluleux plus ou moins longs. Le grand épiploon recouvrait l'intestin grêle dans la majeure partie de son étendue, formait une espèce de gâteau aplati, de douze à quinze lignes d'épaisseur, plus ou moins inégal, alternativement jaune et bleuâtre, composé de matière tuberculeuse et de matière grise violacée demi-transparente. La première faisait les quatre cinquièmes de la masse, et n'était ramollie dans aucun point. Les méso-colon et méso-rectum avaient subi la même altération, mais leur épaisseur était moindre de moitié que celle de l'épiploon. — La plus grande partie des glandes du mésentère était tuberculeuse.

Le foie adhérait au diaphragme au moyen d'une fausse membrane qu'on en séparait aisément. Il avait une couleur bistre foncée, un volume très-médiocre, était fort mou, et sa pesanteur spécifique si peu considérable qu'il flottait au-dessus de l'eau comme un poumon sain. A l'intérieur, il offrait un nombre infini de vacuoles du volume d'un grain de millet à celui

d'un petit pois, et plus de vide que de plein. La bile de la vésicule était claire et peu abondante. — La rate avait un volume un peu plus considérable que de coutume. Le péritoine qui la recouvre en était séparé dans sa moitié inférieure, où il formait une poche contenant au moins deux onces d'un liquide noirâtre. Son tissu était extrêmement ramolli, et sa couleur pareille à celle du liquide dont il vient d'être question. — Les reins dans l'état naturel. — L'estomac était recouvert en partie par une fausse membrane. Quoique séparé avec les plus extrêmes ménagemens des parties environnantes, il offrait, à gauche du cardia, une ouverture arrondie, à bords pâles et minces. Mais, à raison du défaut d'épanchement, on doit penser que la perforation était le résultat de quelque légère traction, qu'elle n'existait pas durant la vie. A l'intérieur, l'estomac offrait deux aspects bien différens. Près du pylore, et dans une étendue assez considérable, il était grisâtre, sa membrane muqueuse mamelonnée, d'une bonne consistance, incomplètement détruite dans vingt endroits, plus ou moins rapprochés, dans la largeur de deux lignes ; ailleurs, elle était d'un blanc bleuâtre ou bistre claire, extrêmement molle et mince, et les tissus correspondans faciles à déchirer. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle et molle comme du mucus dans toute son étendue; celle du colon l'était un peu moins. Il n'y avait d'ulcération ni dans l'un ni dans l'autre intestin.

---

191. Cette observation nous paraît intéressante à

plus d'un titre. Déjà, sous le rapport de la matière tuberculeuse, elle offre l'exemple (unique pour nous) de cette lésion au même degré de développement, dans toutes les parties où on l'observe, les poumons, le mésentère, l'épiploon, etc., etc. : tandis que, dans toutes nos autres observations, elle était plus avancée dans les poumons que nulle part ailleurs. Les symptômes manifestés à-la-fois du côté de la poitrine et des poumons, étaient en harmonie avec l'état des organes.

La réunion d'une certaine quantité de matière grise bleuâtre et demi-transparente à la matière tuberculeuse de l'épiploon, semble une nouvelle preuve du rapport qui existe entre ces deux espèces de lésions.

192. Dans plusieurs cas de mort prompte, à la suite des maladies aiguës et surtout des affections éruptives, nous avons vu l'emphysème universel du tissu cellulaire sous-cutané, mais rarement aussi considérable que celui du sujet qui nous occupe. C'est le seul cas de cette espèce que nous ayons observé à la suite des maladies chroniques; et dans aucun autre nous n'avons vu cette lésion développée dans le parenchyme du foie. Et ici, l'emphysème n'est pas ce qu'il y a de plus remarquable; le volume du foie, à peine égal à celui qu'il offre dans l'état sain, nous semble beaucoup plus extraordinaire encore. Car, si l'on suppose que l'emphysème se soit développé peu après, ou un peu avant la mort, il faut admettre qu'antérieurement le foie était d'une petitesse extrême : et comme il n'y a peut-être pas d'exemple d'un foie aussi petit qu'on devrait l'imaginer dans cette hypothèse, on est presque iné-

vitablement conduit à croire que, dans le cas dont il s'agit, l'emphysème s'est développé bien avant la mort, d'une manière lente, et par suite d'une altération quelconque du parenchyme de l'organe.

193. La flaccidité, l'élasticité, le peu d'épaisseur du ventricule gauche du cœur, offraient encore une réunion de circonstances fort remarquables, et rapprochaient, jusqu'à un certain point, l'état de ce viscère, de celui du foie. — Nous n'avons observé dans aucun cas, un ramollissement plus profond du tissu de la rate; et c'est pour la première fois que nous voyons le décollement du péritoine dans une partie de sa surface. L'altération des membranes muqueuses de l'estomac, de l'intestin grêle et du colon, ne pouvait guère être plus considérable; et néanmoins, au milieu d'un désordre si universel et si grand, le malade était sans douleurs, pour ainsi dire sans fièvre; et la mort est arrivée dans un moment où on ne l'attendait pas encore!

194. Nous avons vu, dans les deux chapitres précédens, la matière tuberculeuse déposée à la surface des membranes muqueuses, dans les uretères, les vésicules séminales et les conduits déférens; c'est-à-dire, développée par voie de sécrétion ou d'exhalation. Le même mode de développement aura sans doute encore eu lieu, dans le cas dont il s'agit, pour le grand épiploon, et dans celui où des plaques tuberculeuses existaient entre les feuillets d'une fausse membrane, qui tapissait toute la cavité de l'abdomen. Il est même probable que les cas de cette espèce ne sont pas rares, et que l'exhalation est un des moyens les plus fréquemment employés par la natur

pour la production de la matière tuberculeuse. On est d'autant plus porté à le croire, que l'exhalation est encore la source d'autres lésions non moins graves, par exemple, de la matière cancéreuse, quand elle se développe à la surface libre du péritoine.

---

195. A la suite des affections chroniques différentes de la phthisie, nous avons observé plusieurs cas d'épanchement de sérosité dans la cavité de l'abdomen. A part les maladies du cœur, dans lesquelles cet épanchement est si ordinaire, nous l'avons rencontré seize fois sur soixante-dix-sept sujets, au degré dont il a été question; c'est-à-dire à-peu-près dans le même rapport que chez les phthisiques. Il en a été de même pour la péritonite aiguë des derniers temps, que nous avons observée dans quatre cas; trois fois dans les affections cancéreuses de l'utérus, une fois dans un cas de dysenterie. Mais aucun des soixante-dix sujets dont il s'agit, ne nous a offert de péritonite tuberculeuse, ni de granulations demi-transparentes sur le péritoine, ou dans l'épaisseur d'une fausse membrane appliquée à sa surface; ce qui concourt avec les faits que nous avons rapportés jusqu'ici, à montrer l'analogie de la matière tuberculeuse et de la matière demi-transparente, l'une et l'autre paraissant n'exister que chez les phthisiques.

Chapitre X.

DU CERVEAU ET DE SES ENVELOPPES.

196. Bien que l'exercice des fonctions cérébrales soit régulier dans le cours de la phthisie, et ordinairement même jusqu'aux dernières heures de l'existence, on trouvait néanmoins, dans la plupart des cas, quelque lésion du cerveau ou de ses annexes. Nous les indiquerons successivement.

197. Chez les sujets âgés, la *dure-mère* adhérait plus ou moins à la suture sagittale et dans les environs; offrait dans bien des cas, près du sinus longitudinal, ou à une distance plus ou moins considérable de cette partie, des éraillures de deux à quatre lignes de longueur. Ces éraillures, autour desquelles la dure-mère était dédoublée dans une petite étendue, donnaient passage à des corps arrondis, blancs, opaques ou un peu demi-transparens, homogènes, d'une ligne plus ou moins de diamètre, au nombre de deux, trois, quatre, et quelquefois plus. Dans certains cas, la table interne de l'os était amincie ou détruite à leur niveau dans la largeur d'une à deux lignes. Ils étaient plus ou moins adhérens à l'ouverture qui leur livrait passage, et moins fréquens chez les jeunes sujets que chez ceux qui meurent dans un âge avancé.

198. Ces petits corps naissaient de la surface supérieure de l'*arachnoïde* cérébrale, et rarement de celle

que tapisse la dure-mère : on les observait sur la plupart des sujets, qu'il y eût ou non des éraillures à cette dernière membrane. Bornés à un espace de deux pouces, de part et d'autre, de la scissure médiane, ils étaient plus nombreux près d'elle qu'à une certaine distance. Leur volume variait entre celui d'un grain de millet et d'un petit pois. Assez souvent rapprochés sous forme de plaques plus ou moins arrondies ou irrégulières, ils n'étaient pas moins fréquemment disséminés. Leur union avec l'arachnoïde était intime ; et partout où ils existaient, cette membrane était plus ou moins épaissie ou opaque. Cette circonstance, et le défaut des prétendues glandes de Parchioni chez un certain nombre de sujets, doivent les faire considérer comme des productions morbides. Nous les désignerons désormais sous le nom de granulations arachnoïdiennes.

199. Dans quelques autres cas, l'arachnoïde était épaissie et opaque, sans avoir de granulations à sa surface. Deux fois elle offrait cette double lésion dans toute sa moitié supérieure. Sur deux autres sujets, nous avons trouvé des lambeaux d'une fausse membrane jaunâtre et extrêmement molle à sa surface. Cette dernière lésion était évidemment très-récente, et indiquait que l'arachnoïde, comme les autres membranes séreuses, est susceptible d'inflammation aiguë dans les derniers jours de la vie, quand le marasme et la faiblesse sont arrivés à leur dernier terme.

200. Cinq fois, sur quatre-vingt-dix-neuf sujets, il y avait, dans la partie supérieure de la cavité de l'arachnoïde, un peu de sérosité limpide ou roussâtre, de la valeur de trois à cinq petites cuillerées. (Obs. 7,

12, 16, 22, 28.) Bien plus souvent, sur la moitié des sujets environ, nous trouvions dans les fosses occipitales inférieures une à deux cuillerées du même liquide; et toutes les fois que nous avons ouvert le canal rachidien, il y en avait une quantité plus considérable encore

201. Il y avait aussi, dans les trois quarts des cas, au-dessous de l'arachnoïde supérieure, une infiltration plus ou moins considérable de sérosité, que nous nommerons, à cause de cela, sous-arachnoïdienne. Dans son moindre degré, elle n'occupait qu'une partie, ordinairement la moitié postérieure de l'espace indiqué. Plus considérable, elle existait dans toute son étendue, dans les interstices, au-dessus des circonvolutions cérébrales, et avait dans son maximum trois quarts de ligne d'épaisseur au niveau de ces dernières. Plus elle était épaisse, plus l'arachnoïde et la pie-mère se détachaient avec facilité.

202. Nous avons trouvé la *pie-mère* plus ou moins rouge, épaissie et injectée, sur douze sujets, ou environ la huitième partie des cas. Six d'entre eux offraient une injection plus ou moins marquée de la substance médullaire du cerveau.

203. L'épanchement de sérosité dans les *ventricules latéraux* n'était pas moins commun que l'infiltration (64) arachnoïdienne, et lui était presque toujours proportionné. Quelquefois d'une cuillerée dans chaque ventricule, il était, dans d'autres cas, de quatre à cinq, et variait entre ces limites. La sérosité était ordinairement limpide. Nous ne l'avons vue trouble que chez trois sujets; et sur aucun d'eux il n'y avait d'altération dans la structure de l'arachnoïde corres-

pondante, ou dans la substance cérébrale qu'elle recouvrait immédiatement. Il est à remarquer, d'ailleurs, que l'épanchement était presque nul dans les cas de mort subite; ce qui doit porter à croire que, chez la majeure partie des sujets, il a principalement lieu pendant l'agonie.

A l'exception d'un des cas où il était trouble, nous n'avons observé aucun symptôme qui pût lui être attribué.

204. Trois fois nous avons vu dans le *ventricule de la cloison*, un épanchement de sérosité limpide, de la valeur d'une cuillerée et demie; et dans ces trois cas, l'infiltration sous-arachnoïdienne et l'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, étaient proportionnellement aussi considérables, avaient atteint les limites que nous avons indiquées. Les parois de la cloison étaient plus consistantes que dans l'état ordinaire, et l'arachnoïde qui les tapisse semblait épaissie.

205. *La substance cérébrale* présentait plusieurs altérations. Quatorze fois, sur cent un sujets, nous l'avons trouvée plus ou moins injectée. — Dans cinq cas, elle avait une consistance bien inférieure à celle qui lui est naturelle; et, dans l'un d'eux, cette consistance était à-peu-près la même que chez l'enfant nouveau-né. Chez un sixième individu, le ramollissement n'affectait que l'hémisphère gauche. Dans ces différens cas, la durée de la phthisie avait été de sept mois à cinq ans. — Six fois nous avons observé le ramollissement comme pulpeux de la voûte à trois piliers, ou de la cloison demi-transparente, ou des corps striés (Obs. 2, 7, 15, 25, 26), sans altération de la couleur

du tissu ramolli, excepté dans le cas où la lésion occupait les corps striés.

---

206. Les lésions qui viennent d'être exposées, n'étaient pas propres aux phthisiques; nous les avons encore rencontrées à la suite des affections les plus variées. Les granulations de l'arachnoïde et les éraillures de la dure-mère existaient à-peu-près dans la même proportion qu'à la suite de la phthisie. Sur cent quinze cas, dans lesquels nous ne comprenons ni les apoplexies, ni les ramollissemens du cerveau, ni les fièvres graves, il y avait seize exemples d'un léger épanchement de sérosité claire ou louche, dans la partie supérieure de la cavité de l'arachnoïde. Cet épanchement était un peu plus fréquent à la suite des maladies chroniques qu'après les affections aiguës. — Neuf fois, sur le même nombre de sujets, nous avons observé l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde à sa partie supérieure, dans une plus ou moins grande étendue. — Quatre fois, des lambeaux plus ou moins larges d'une fausse membrane mince, molle et jaunâtre à sa surface. — L'infiltration sous-arachnoïdienne existait dans les deux cinquièmes des cas, au moins aussi considérable chez les individus morts à la suite de maladies aiguës prolongées, que chez ceux qui avaient succombé à des maladies essentiellement chroniques, comme le cancer. — La pie-mère était plus ou moins épaissie, rouge et engorgée sur quatorze sujets, à-peu-près dans la même proportion que chez les phthisiques, et beaucoup moins fréquemment que chez les personnes mortes de maladies cé-

rébrales ou de fièvres graves, dans le rapport de 2 à 7. Dans ces différens cas, il y avait presque toujours injection plus ou moins marquée du cerveau. — L'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux était très-fréquent. Nous l'avons observé quatre-vingt-douze fois à divers degrés, dans les limites indiquées pour les phthisiques; et presque toujours il était proportionné à l'infiltration sous-arachnoïdienne. Dans les cas de mort subite, il équivalait à peine à deux ou trois petites cuillerées à café; ce qui semble confirmer ce que nous avons dit sur l'époque à laquelle cet épanchement paraît avoir lieu dans le plus grand nombre de cas. (204) — Chez quinze sujets, la consistance de la masse encéphalique était diminuée dans un degré plus ou moins remarquable, quoique moindre que chez ceux des phthisiques dont il a été question. De ces quinze cas, deux seulement appartenaient à des individus morts de maladies aiguës; et comme le nombre de ces dernières était à celui des affections chroniques comme 45 à 70, on peut croire que la diminution de consistance du cerveau appartient plus particulièrement aux maladies de long cours. Enfin, nous avons observé six exemples de ramollissement partiel comme pulpeux du cerveau, et tous à la suite des affections chroniques.

Ainsi, que le ramollissement du cerveau fût général et peu marqué, ou partiel et comme pulpeux, il existait, pour ainsi dire, exclusivement chez des sujets qui avaient succombé à des maladies chroniques. Cette coïncidence pourrait faire soupçonner qu'il y a peut-être, dans quelques cas, une sorte d'analogie entre l'une et l'autre espèce de ramollissement.

Les lésions observées dans le cerveau et ses annexes, étaient donc les mêmes à la suite de la phthisie et des autres affections chroniques : plusieurs d'entre elles se retrouvaient encore à la suite des maladies aiguës prolongées : il n'y avait de différence que dans les proportions.

207. Les seules altérations que nous ayons observées exclusivement dans le cerveau des phthisiques, sont des hydatides et des tubercules. Nous ne considérons pas les hydatides comme une lésion propre à la phthisie; mais ce qui a été dit jusqu'ici, doit porter à croire que ce caractère appartient aux tubercules. Nous avons déjà vu un exemple de cette lésion dans la moelle allongée (Obs. 6); nous en exposerons un autre du même genre, relatif au cerveau et au cervelet, après avoir donné l'histoire du seul cas d'hydatides que nous ayons observé.



VIIIe. Observation.

Un tailleur de pierres, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution sèche, sobre, laborieux, et rarement malade, était sujet, depuis plus de trois années, à des maux de gorge qui duraient de vingt-quatre à trente-six heures; et, depuis plus de temps encore, à une diarrhée peu considérable, qui revenait de mois en mois, pour un jour ou deux seulement, et sans coliques. Six mois avant d'être admis à l'hôpital, il avait été pris tout-à-coup, sans cause connue, sans

toux préalable, d'un *vomissement de sang* qu'il évaluait à deux pintes; et quelques jours après, il en avait rendu assez abondamment par les selles. A la suite de ces énormes pertes de sang il avait gardé le lit plusieurs jours, et n'avait pu travailler pendant trois mois. La toux et les crachats avaient débuté avec l'hémorrhagie, ou peu après; des frissons, suivis de chaleurs et de sueurs, s'étaient établis dans les deux derniers mois, et depuis le même temps la respiration était très-gênée. L'appétit avait diminué, le malade n'avait pu manger de viande dès le début; la soif avait été très-peu considérable; il n'y avait eu ni douleurs de poitrine, ni diarrhée.

Le 26 novembre 1822, le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital; faiblesse médiocre, céphalalgie nulle; intelligence assez développée. Respiration tranquille, peu élevée; pectoriloquie imparfaite entre la colonne vertébrale et la fosse sus-épineuse; respiration dure et forte dans les mêmes points, naturelle ailleurs; toux peu fréquente; crachats pelotonnés, opaques, unis par une pituite visqueuse; quelques picotemens sur les parties latérales de la poitrine. Voix rauque et déchirée, comme depuis un mois; sentiment d'écorchure au larynx pendant la déglutition ou la toux. Chaleur naturelle; pouls calme, régulier, au-dessous de soixante-dix pulsations par minute. Appétit, langue naturelle, peu de soif; déglutition gênée, bien que le pharynx et les amygdales soient parfaitement sains; tout le ventre indolent; une selle de médiocre consistance la veille. (Infus. de lich.; infus. pect.; pot. gom.; un quart de port.; une tasse de vin.)

Le mois suivant, l'état du malade parut s'améliorer; il se sentait mieux, n'avait point de frissons; parfois, néanmoins, l'aphonie était complète. L'appétit devint plus considérable; on donna la demi-portion.

A compter du 24 décembre jusqu'au 31 janvier suivant, veille de la mort, voici ce qui arriva. Le malade conserva le libre usage de ses facultés intellectuelles, dormit peu, n'eut point de mal de tête, perdit très-lentement ses forces.

L'aphonie fut variable, la douleur constante au-dessus du cartilage chyroïde immédiatement, accompagnée de chaleur, la nuit surtout; la déglutition de la salive incommode; le pharynx et les amygdales dans l'état naturel. — La toux et l'oppression augmentèrent dans les dix premiers jours du mois de janvier, furent un peu moins considérables après le 15, et les crachats devinrent plus épais. Dans le même temps, il y eut une douleur assez vive au niveau de la mamelle gauche, sans altération sensible de la sonoréité de la poitrine dans cette partie. La respiration était trachéale, accompagnée de gargouillemens sous la clavicule gauche dans la hauteur de cinq pouces. Il en était de même en arrière dans le point correspondant, mais dans une étendue moins considérable. Il y avait un peu de râle muqueux à droite.

Le pouls conserva la même lenteur; les frissons reparurent de nouveau dans la soirée, suivis de chaleur et de sueur.

Du 26 au 28 décembre, il y eut des coliques très-fortes; puis la diarrhée survint, considérable du 2 au 10 janvier, suspendue les 16 et 17, et réduite à deux ou trois selles par jour dans la suite. La langue fut

toujours dans l'état naturel, l'épigastre indolent; l'appétit tomba dès le début de la diarrhée.

Le 31, la faiblesse devint tout-à-coup considérable, la figure très-pâle; le malade accusait un sentiment de faiblesse très-pénible à l'épigastre; la poitrine ne rendait aucun son sous la clavicule gauche, dans la hauteur de trois pouces; les crachats ressemblaient à une purée verdâtre et grisâtre, étaient nuancés de rose à leur pourtour; le pouls calme et régulier. Il y eut un peu de délire dans la nuit; et le lendemain matin, à trois heures, le malade mourut.

On proportionna les alimens à l'appétit et à l'état des voies digestives: on ordonna une tisane de riz édulcorée avec le sirop de coing au début de la diarrhée; puis du diascordium avec un grain d'opium et deux tasses de cachou, du moment où elle devint plus considérable.

Ouverture du cadavre, vingt-neuf heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. La dure-mère adhérait d'une manière très-forte à la suture sagittale; il n'y avait point d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde. A la partie supérieure et sur les côtés du cerveau, on voyait au-dessous de la pie-mère une vingtaine de vésicules qui dépassaient les circonvolutions d'une ligne ou d'une ligne et demie environ. Le reste était enfoncé dans la substance cérébrale, demeurée parfaitement saine à leur pourtour. Ces vésicules avaient une forme arrondie et des dimensions variées. Trois d'entre elles étaient du vo-

lume d'une noisette ordinaire, uniformes à leur surface, offraient une espèce de pédicule d'où partait une membrane blanchâtre et opaque, qui ne recouvrait pas l'hydatide dans toute son étendue. Celle-ci était formée par une membrane molle et mince, contenant un fluide qui troublait un peu l'eau. Les autres hydatides avaient la même structure, étaient un peu plus considérables, plus opaques et plus ou moins bosselées; ce qui donnait à quelques-unes d'entre elles l'aspect d'une mûre. Le cerveau était très-injecté; les ventricules latéraux, la protubérance et le cervelet dans l'état naturel.

Cou. Membrane muqueuse de la face laryngée de l'épiglotte détruite dans toute sa hauteur; les bords de l'ulcération un peu épaissis, durs, blanchâtres; son fond inégal, coloré en rose. — Deux petites ulcérations superficielles au-dessus des cordes vocales supérieures du larynx; celle du côté gauche presque entièrement détruite; le pourtour de la destruction grisâtre, dur, comme lardacé. — La membrane muqueuse de la trachée-artère rouge et un peu épaissie inférieurement; celle des bronches plus rouge encore; l'une et l'autre sans ulcérations.

Poitrine. Du côté gauche, un peu moins d'une pinte de sérosité roussâtre, au milieu d'une fausse membrane qui tapissait le poumon, les plèvres diaphragmatique et costale, était d'un rouge vif à sa face interne, et avait une demi-ligne d'épaisseur. Au sommet du lobe supérieur se trouvait une grande excavation, tapissée par une fausse membrane semi-cartilagineuse, appliquée sur le parenchyme pulmo-

naire sain, des tubercules ou quelques petites masses de mélanose. Il y avait dans le reste de son étendue beaucoup de petites cavités très-incomplètement vidées pour la plupart. Le lobe inférieur contenait un assez grand nombre de granulations grises, sans matière tuberculeuse ni excavations. Du côté droit, (sauf l'épanchement et la fausse membrane qui n'existaient pas) les lésions étaient les mêmes, mais un peu moins considérables que du côté gauche. — Le cœur était parfaitement sain. L'aorte, au-dessous de la naissance du tronc cœliaque, offrait plusieurs plaques cartilagineuses et osseuses. Les artères fémorales étaient ossifiées suivant des lignes circulaires plus ou moins exactement parallèles, et un peu saillantes.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était rose dans quelques points, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, et partout d'une épaisseur convenable. Elle offrait à gauche du cardia une ulcération d'un demi-pouce de diamètre, dont les bords étaient un peu irréguliers, coupés en biseau, et le fond formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, inégal et épaissi. La membrane muqueuse du duodénum était légèrement grisâtre, et d'ailleurs parfaitement saine. Celle de l'intestin grêle dans l'état naturel, à part deux petites ulcérations qui offraient quelques tubercules miliaires demi-transparens à leur surface. Celle du gros intestin molle comme du mucus, et d'un rouge violet dans plusieurs points. Il y avait dans le rectum dix petits abcès sous-muqueux du volume d'un pois, et huit ulcérations de même grandeur. — La rate était ramollie; le reste des viscères de l'abdomen n'offrait rien de remarquable.

Les hydatides du cerveau sont un fait d'anatomie pathologique très-rare, et tellement qu'à l'époque où nous recueillîmes cette observation, M. Chomel n'en avait pas encore observé d'exemple. Ces hydatides n'étaient pas entièrement enveloppées par la substance cérébrale. Une partie de leurs corps faisait saillie sous la pie-mère, qui aura sans doute été leur point de départ. L'intégrité du cerveau à leur pourtour semble attester la lenteur de leur développement, et l'absence de toute espèce de symptômes cérébraux confirme cette manière de voir. Le malade n'avait pas éprouvé la plus légère céphalalgie.

A part les hydatides, toutes les lésions, quelque nombreuses qu'elles fussent, avaient donné lieu aux symptômes qui leur sont propres. L'aphonie répondait aux ulcérations du larynx. La douleur au-dessous du cartilage thyroïde, la gêne de la déglutition (le pharynx et les amygdales étant parfaitement sains), annonçaient, comme nous le verrons (289), ou tout au moins devaient faire soupçonner une ulcération de l'épiglotte. Le début de la pleurésie avait été marqué par une douleur assez forte du côté gauche de la poitrine. Des douleurs non moins vives s'étaient manifestées au début de la diarrhée : celle-ci ne comptait que dix-huit jours de durée, et ce peu de temps avait suffi pour amener le ramollissement pulpeux, peut-être la désorganisation complète de la membrane muqueuse du colon ! Néanmoins, au milieu de si grands désordres, et au début de deux inflammations graves qui mar-

chent avec rapidité, la pleurésie et l'entérite, le pouls reste calme, la chaleur ne s'élève pas! Combien de faits du même genre indiquent que c'est surtout à la recherche des symptômes locaux que doit s'appliquer le médecin pour établir son diagnostic!

Remarquons encore que la maladie a débuté par une hémorrhagie abondante, que la toux et les crachats ne sont venus qu'à sa suite. Malgré les expressions du malade, qui assurait avoir vomi du sang, bien qu'il ait éprouvé une hémorrhagie intestinale peu de jours après la première, il n'est guère possible de douter que les poumons ne fussent la source de l'une et de l'autre. D'abord, parce que l'hémoptysie est fréquemment le premier symptôme de la phthisie; qu'elle est quelquefois si abondante, que les malades croient avoir vomi du sang et l'affirment, quoiqu'il n'en soit rien: secondement, parce que l'état de l'estomac n'était pas un de ceux qui donnent lieu à l'hématémèse, et que d'ailleurs tout semble annoncer qu'à l'époque de l'hémorrhagie, et long-temps après encore, ce viscère était dans l'état naturel: enfin, parce que le sang des selles peut fort bien provenir des poumons, au moyen de la déglutition qui en introduit une partie dans l'estomac.

IXe Observation.

209. Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, douée de beaucoup d'intelligence et de mémoire, née de parens sains, d'une constitution peu forte, d'un tem-

pérament lymphatique et sanguin, rarement enrhumée, vint à l'hôpital de la Charité le 1er. octobre 1822. Elle était malade depuis sept mois. Sa maladie avait débuté par des frissons, de la dyspnée, la perte de l'appétit, la soif et une douleur pulsative à l'épigastre. Les frissons étaient revenus tous les jours pendant cinq mois sans interruption, puis plus ou moins irrégulièrement. La douleur épigastrique avait été continue, à très-peu de chose près; l'anorexie plus ou moins complète; la soif plus ou moins vive. Il n'y avait eu ni nausées, ni vomissemens. La dyspnée avait fait de continuels progrès; la toux et les crachats s'y étaient joints dans les *trois dernières semaines* seulement, et douze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade avait éprouvé une légère hémoptysie. Ses règles supprimées deux mois avant le début, ne s'étaient pas rétablies depuis; et à chaque période menstruelle elle avait des maux de tête beaucoup plus forts que d'ordinaire à la même époque. Les selles n'avaient pas cessé d'être régulières, et l'amaigrissement avait commencé avec les premiers symptômes.

Le 1er. octobre, intégrité de l'intelligence, point de céphalalgie. Respiration médiocrement accélérée, toux rare, crachats déchiquetés, percussion sonore dans toute l'étendue de la poitrine, pectoriloquie imparfaite entre les épaules, nulle douleur thorachique. Pouls accéléré, à cent pulsations par minute. Appétit médiocre; soif peu considérable; langue un peu rouge; glandes cervicales développées, douloureuses; tumeur à l'ombilic, légèrement inclinée à droite, presque indolente, de la grosseur d'une pomme ordinaire; nulle douleur à l'épigastre; constipation.

(quinze sangsues à la vulve ; potion gommeuse ; tisane pectorale ; trois soupes.)

Les jours suivans, l'appétit augmenta beaucoup, et quelques filets de sang unis aux crachats engagèrent à une nouvelle application de sangsues.

Le 10, la malade accusait de vives douleurs sous l'aisselle droite, où l'on découvrit un gros paquet de glandes. Elle avait de la tendance au sommeil, le visage rouge et animé.

Du 20 au 25, céphalalgie intense, figure plus rouge encore que de coutume ; bouffées de chaleur à la face plus fréquentes et plus incommodes que les jours précédens.

Le 25, douze sangsues appliquées à la vulve ne procurèrent aucun soulagement ; la toux et les crachats n'avaient pas sensiblement changé ; la pectoriloquie était manifeste entre les épaules, la respiration trachéale sous les clavicules ; la tumeur de l'abdomen paraissait avoir pris plus de volume.

Le 4 novembre, la malade eut des selles liquides pour la première fois, et des sueurs nocturnes, établies depuis trois jours, continuaient. La tumeur de l'abdomen était douloureuse. (Saignée de huit onces.)

Dès-lors, jusqu'au 26 décembre, jour de la mort, la figure fut d'un rouge foncé : elle finit par être bleuâtre. Il y eut parfois beaucoup de tendance au sommeil, parfois aussi de l'insomnie, et presque constamment des maux de tête. La faiblesse fit des progrès rapides, et la malade ne quitta plus le lit.

Les crachats, quelquefois un peu visqueux et aérés, devinrent ternes et souillés de sang vingt-quatre heures avant la mort. La dyspnée augmenta très-rapidement.

— Le 1er. décembre, la malade se plaignait d'une ardeur incommode tout le long de la trachée-artère, et cette sensation se renouvela dans la suite très-fréquemment.

Les frissons, qui étaient venus presque journellement depuis son entrée à l'hôpital, continuèrent. Les sueurs l'inondaient, pour ainsi dire, dès qu'elle sommeillait; on essaya vainement de les combattre au moyen de l'acétate de plomb, administré à doses successivement croissantes.

La diarrhée persista, quelquefois accompagnée de coliques plus ou moins fortes. L'anorexie fut complète à partir du 1er. décembre; mais il n'y eut ni nausées, ni vomissemens, ni douleurs bien évidentes à l'épigastre. La soif devint très-vive dans les derniers temps, et le 23, la langue qui était blanchâtre ou un peu rouge depuis quelque temps, devint cramoisie, se couvrit d'un grand nombre de petits points blancs, opaques, presque miliaires.

Dès le début de la diarrhée, la malade fut mise à la décoction de riz, édulcorée avec le sirop de coing; elle prit un peu de sirop diacode pendant ses insomnies et presque sans succès. Sa nourriture consista en quelques crêmes de riz; parfois elle ne prenait qu'un peu de bouillon.

Ouverture du cadavre, trente-trois heures après la mort.

État extérieur. Quelques vergetures; dernier degré de marasme.

Tête. A la partie postérieure de l'hémisphère droit

du cerveau, l'arachnoïde adhérait à la dure-mère, dans le voisinage de la faux, dans un point correspondant à une tumeur inégale, développée près de la superficie du cerveau, de la grosseur d'une noisette de moyenne dimension, jaune verdâtre, ferme, d'un coup-d'œil mat, véritablement tuberculeuse, non enkystée. Autour d'elle, la substance cérébrale était saine. Dans le même hémisphère, entre la surface supérieure du cerveau et le ventricule latéral, il y avait cinq tubercules pareils. Du côté gauche, on en comptait quatre, et l'un d'eux se trouvait à la partie postérieure et inférieure de la couche optique. On voyait encore, à la base du lobe occipital du même côté, une portion de la substance cérébrale transformée en matière tuberculeuse, sous forme d'une plaque de quatre lignes d'épaisseur et d'un pouce et demi de surface. Cette plaque adhérait, dans une partie de son étendue, à la tente du cervelet, dont la lame correspondante avait subi la même altération. Enfin, il y avait à la partie inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet, un tubercule non enkysté, de la grosseur d'une noisette, aboutissant au tronc médullaire, qu'il envahissait dans une certaine étendue.

Cou. Les glandes cervicales étaient très-volumineuses, entièrement transformées en matière tuberculeuse non ramollie; le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel; la membrane muqueuse de la trachée-artère très-rouge, surtout en arrière.

Poitrine. Gros paquet de glandes lymphatiques tuberculeuses sous l'aisselle droite, du volume d'un œuf d'oie, non ramollies. Adhérences celluleuses universelles des deux poumons. Excavation vaste et an-

fractueuse au sommet de celui du côté gauche, contenant une petite quantité d'un fluide rouge, traversée par un grand nombre de brides formées de substance grisâtre. Les parois de la cavité revêtues par une fausse membrane semi-cartilagineuse, appliquée sur des tubercules et de la matière grise demi-transparente. Le reste du lobe supérieur presque entièrement transformé en matière grise ou tuberculeuse et en petites excavations, entre lesquelles le parenchyme pulmonaire était d'un rouge foncé. Tubercules non ramollis assez nombreux dans le lobe inférieur. — Mêmes lésions un peu moins étendues dans le poumon droit, où deux tubercules ramollis faisaient saillie en dehors. — Bronches d'un rouge vif, communiquant avec les excavations par plusieurs points. — Cœur un peu petit, mais sain; aorte dans l'état naturel.

Abdomen. Environ une pinte de sérosité claire dans la cavité de l'abdomen. Le foie était un peu augmenté de volume, offrait douze petits kystes de deux à trois lignes de diamètre, remplis par une matière verdâtre et pulpeuse. Ils avaient moins d'un millimètre d'épaisseur, étaient grisâtres et peu consistans. Le tissu hépatique était d'ailleurs parfaitement sain. La bile de la vésicule noire et épaisse comme de la mélasse. — La membrane muqueuse de l'estomac était rouge, mamelonnée, d'une bonne consistance à sa face antérieure, dans une largeur de trois pouces: pâle dans le reste de son étendue, et très-molle dans quelques parties du grand cul-de-sac. — Il y avait dix petites ulcérations d'une ligne à une ligne et demie de diamètre dans le duodénum. On en voyait aussi un grand nombre, des mêmes dimensions, dans toute la

›ngueur de l'intestin grêle, soit sur les plaques, soit ›ans leur intervalle. Leurs bords étaient un peu saillans, et leur fond formé par le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi. — La membrane muqueuse du gros ›ntestin était rouge dans le colon droit, qui offrait ›eux petites ulcérations superficielles ; pâle ailleurs, et molle comme du mucus partout. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, rouges et en partie tuberculeuses. La tumeur sentie à l'ombilic était placée au-dessus du pancréas, de la grosseur du poing, formée par la réunion d'un assez grand nombre de glandes lymphatiques devenues tuberculeuses, et se continuait inférieurement avec les glandes lombaires qui avaient subi la même transformation. Ni les unes ni les autres n'étaient ramollies. — La rate avait un volume convenable, contenait un grand nombre de tubercules arrondis, de la grosseur d'un grain de chenevis ou d'une noisette d'un petit volume. Le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

210. Ce qui frappe le plus dans cette observation, est moins sans doute le développement d'une certaine quantité de tubercules dans le cerveau et le cervelet, que leur existence simultanée dans un grand nombre de parties différentes, les poumons, le cou, l'aisselle droite, le mésentère, les lombes, la rate ; et sur-tout l'égalité de leur développement dans tous ces points, les poumons exceptés.

Nous ne savons trop comment on pourrait se rendre compte des faits, à moins d'admettre une seule et

même cause agissant à-la-fois, et dans le même temps sur toutes ces parties. Car, si vous admettez que les ulcérations de l'intestin grêle soient la cause unique de la conversion des glandes mésentériques en tubercules, comment expliquerez-vous ceux du cerveau, de l'aisselle et de la rate? comment expliquerez-vous sur-tout cette égalité de développement de la matière tuberculeuse encore à l'état de crudité par-tout, si vous admettez pour cause tantôt une chose, tantôt une autre; si la cause n'est pas uniforme, si elle n'a pas agi par-tout en même temps? Ajoutez que, dans aucune hypothèse, l'état de l'intestin grêle ne peut rendre compte de la transformation des glandes lymphatiques placées au-dessus du pancréas, en tubercules, puisque la tumeur formée par elles existait déjà lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, bien avant le début de la diarrhée, par conséquent à une époque à laquelle la membrane muqueuse de l'intestin grêle était encore saine. Et qu'on ne dise pas que cette dernière assertion est une hypothèse; car la petitesse et la structure des ulcérations de l'intestin grêle prouvent assez qu'elles étaient récentes.

Remarquons encore que le développement de la matière tuberculeuse était plus avancé dans les poumons que partout ailleurs, et que cela semble indiquer ici, comme dans les autres cas du même genre, que, relativement aux tubercules, les poumons tiennent, pour ainsi dire, le reste de l'économie dans leur dépendance.

211. Le très-petit nombre de symptômes auxquels les tubercules du cerveau ont donné lieu, est digne aussi de quelque attention. A peine peut-on leur

tribuer l'augmentation de la céphalalgie aux épo-
ues menstruelles, et les bouffées de chaleur à la
ce, puisque la douleur dont les glandes lymphati-
ues du cou paraissaient le siége a pu en être la
use, ou du moins y avoir quelque part. Si, d'ail-
urs, on réfléchit que les facultés intellectuelles ont
nservé jusqu'à la fin leur intégrité, que les mou-
mens sont restés libres, on avouera que ces
mptômes, fussent-ils l'effet immédiat des tuber-
lles, en seraient un effet bien léger. En même temps
n conviendra que si des tubercules et des hydatides
développent, pour ainsi dire, d'une manière la-
nte, au milieu du cerveau, il peut, il doit en être
 même pour les poumons; et l'on ne sera pas étonné
u'il y ait des phthisies latentes pendant un espace
 temps plus ou moins considérable. Cette propo-
ion, qui sera vérifiée un peu plus tard par de
mbreux exemples, est réalisée dans le sujet de
bservation qui nous occupe; car, au moment de
ntrée de la malade à l'hôpital, on entendait la
ctoriloquie, et la toux n'existait que depuis quelques
urs! Ajoutons que, très-probablement, il y avait des
bercules pulmonaires au début de la maladie, c'est-
dire du moment où la dyspnée et la fièvre se ma-
festèrent, puisque la plus grave et la plus ancienne
tération des viscères étant celle des poumons, peut
ule expliquer les premiers symptômes.

RÉSUMÉ.

On voit assez, par ce qui précède, que les pou-
ons n'étaient pas les seuls organes devenus inha-

biles à remplir leurs fonctions; que d'autres encore étaient le siége de lésions si profondes, qu'elles auraient suffi pour amener la mort, et que presque tou contribuaient, d'une manière plus ou moins évidente à accélérer le terme fatal. Mais un résumé rapide de tous ces désordres en fera mieux ressortir l'ensemble

Aux tubercules et aux excavations pulmonaires se trouvaient réunis, dans le dixième des cas, l'inflammation récente d'une partie plus ou moins considérable de l'un ou des deux poumons, celle de la plèvre ou l'épanchement d'une quantité notable de sérosité limpide.

La trachée-artère offrait des ulcérations, et souvent très-vastes, chez un peu moins du tiers des individus. Sa membrane muqueuse était seulement d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois un peu ramollie et épaissie, dans le cinquième de la totalité des cas.

Les ulcérations du larynx existaient chez un peu plus du cinquième des sujets. Celles de l'épiglotte n'étaient guère moins fréquentes.

Le péricarde contenait une quantité notable de sérosité bien claire chez la dixième partie des individus; offrait des traces d'inflammation ancienne ou récente chez plusieurs autres. Le cœur était assez souvent ramolli; l'aorte rouge chez la plupart des jeunes sujets; sa structure plus ou moins profondément altérée au-delà de quarante ans.

Chez le douzième des individus, l'estomac était très-distendu et au-dessous de la position qui lui est naturelle. Sa membrane muqueuse était rouge quelquefois mamelonnée, un peu ramollie, et épaissi

sa face antérieure, à-peu-près dans la même propor-
on. Dans la cinquième partie des cas, elle était ra-
ıollie et amincie dans une étendue plus ou moins
onsidérable. On la trouvait très-rouge, très-ramollie,
t parfois épaissie, au niveau du grand cul-de-sac,
hez le même nombre de sujets; ulcérée, plus ou
ıoins grisâtre et mamelonnée, sur beaucoup d'au-
es, etc.; en sorte qu'elle n'était parfaitement saine
ue dans la cinquième partie des cas.

Il y avait des ulcérations plus ou moins nombreuses
t larges, dans l'intestin grêle, chez les cinq sixièmes
es individus. Elles étaient presque aussi fréquentes
ans le gros intestin, dont la membrane muqueuse,
ouvent rouge et augmentée d'épaisseur, était molle
omme du mucus dans la totalité ou une grande par-
e de son étendue, dans la moitié des cas : de ma-
ière que nous ne l'avons trouvée parfaitement saine
ans toute sa longueur que trois fois.

La transformation des glandes lymphatiques en
atière tuberculeuse était moins fréquente au cou,
ux lombes, aux méso-colons et aux aisselles, que
ans le mésentère, où elle existait à divers degrés sur
quart des individus.

Le foie avait subi la dégénérescence graisseuse dans
troisième partie des cas. Les parois de la vésicule
iliaire étaient quelquefois épaissies et ulcérées. Alors,
dans d'autres circonstances encore, elle contenait
es calculs.

La rate était ramollie, au-dessus ou au-dessous du
olume qui lui est naturel, chez un grand nombre
'individus. Elle offrait des tubercules dans la sei-
ème partie des cas.

Il en était à-peu-près de même, sous ce dernier point de vue, relativement aux reins, dans lesquels nous avons quelquefois trouvé des kystes.

Chez plusieurs sujets la prostate était transformée, en plus ou moins grande partie, en matière tuberculeuse ; l'un d'eux offrait l'exemple de l'exhalation de la même matière à l'intérieur des vésicules séminales et des conduits déférens. Une fois nous avons vu la couche la plus superficielle de l'utérus convertie, à l'intérieur, en matière tuberculeuse.

Il y avait un épanchement de sérosité claire d'une à six pintes, dans l'abdomen, chez la quatrième partie des individus, et une petite quantité de pus épais, ou quelque fausse membrane, dans la cavité du petit bassin, chez quatre autres sujets. Nous avons observé plusieurs cas de péritonite tuberculeuse. Dans un autre, le grand épiploon et les méso-colons offraient un mélange de matière grise bleuâtre, demi-transparente et de nature tuberculeuse.

Bien souvent l'arachnoïde cérébrale était épaissie partiellement, offrait des granulations plus ou moins nombreuses dans sa partie supérieure, près de la faux surtout. Chez deux sujets nous l'avons vue tapissée par une fausse membrane jaunâtre et molle. Le tissu qui l'unit à la pie-mère était infiltré, les ventricules latéraux distendus par une quantité notable de sérosité, dans les trois quarts des cas. On trouvait le même liquide dans les fosses occipitales inférieures, mais un peu moins fréquemment et en moindre quantité. — Chez le septième des sujets le cerveau était plus ou moins injecté : chez le vingtième, sa consistance avait diminué dans toute sa masse, et dans un cas surtout

à un degré très-remarquable. Son ramollissement partiel et comme pulpeux existait dans la même proportion.

Toutes les membranes séreuses, l'arachnoïde, le péricarde, les plèvres, le péritoine, étaient donc, chez un grand nombre de sujets, le siége d'un épanchement plus ou moins considérable; et c'est dans les ventricules latéraux du cerveau qu'on l'observait le plus fréquemment, en quantité notable du moins. Les mêmes membranes étaient aussi le siége d'une inflammation aiguë aux derniers jours de la vie; les plèvres bien plus fréquemment que les autres.

Dans certains cas, plusieurs des lésions qui viennent d'être rappelées, le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, les ulcérations de l'un et de l'autre intestin, auraient pu, comme nous l'avons déjà dit, abstraction faite de l'état des poumons, causer la mort des sujets. Néanmoins, il y avait encore avec elles d'autres lésions, et nous avons donné l'histoire d'un sujet dont tous les viscères, les reins exceptés, se trouvaient plus ou moins profondément altérés. (Obs. 7.)

L'époque à laquelle on pouvait fixer le début de ces différentes lésions était très-variable. Les unes, la péripneumonie, la pleurésie, le ramollissement et la rougeur du grand cul-de-sac de l'estomac, le ramollissement pulpeux de celle du colon, la péritonite, l'arachnitis, le ramollissement partiel et pulpeux du cerveau, avaient débuté dans les derniers jours de l'existence. La plupart étaient le produit de l'inflammation, et indiquaient, dans la faiblesse, moins un

obstacle qu'une cause favorable à son développement. Les autres remontaient à une époque plus ou moins éloignée du terme fatal, quelquefois même au début de la phthisie : tels étaient le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, et les vastes ulcérations intestinales dans quelques cas. (Obs. 4.)

Ces lésions présentaient un double caractère : les unes semblaient propres à la phthisie, les autres en étaient indépendantes, et existaient à différens degrés à la suite des affections chroniques les plus variées. Parmi les premières se trouvent les ulcérations du larynx, et surtout celles de la trachée-artère et de l'épiglotte ; les ulcérations de l'un et de l'autre intestin, de l'intestin grêle principalement ; l'état gras du foie : de manière qu'en voyant une ulcération dans l'un des organes qui viennent d'être indiqués, etc. on pourrait en quelque sorte affirmer, abstraction faite de toute recherche ultérieure, que le sujet est mort phthisique.

Ces ulcérations, quelqu'en fût le siége, avaient dans leur mécanisme plusieurs points de contact. Quand la membrane muqueuse était détruite, le tissu cellulaire sous-muqueux s'épaississait plus ou moins, et devenait inégal : après un certain temps, il s'ulcérait, et c'était l'époque à laquelle la tunique musculaire, à son tour, commençait à s'épaissir : cette tunique finissait aussi par être détruite, mais partiellement, et il était bien rare de voir sa destruction entière dans un point ; en sorte qu'à mesure qu'une des membranes du conduit ulcéré disparaissait, l'autre

épaississait, résistait pendant un temps plus ou moins considérable à la destruction, et retardait ainsi le terme fatal.

Une dernière lésion était propre aux phthisiques ; c'était les tubercules, quelque part qu'ils se trouvassent. Nous n'en avons effectivement observé dans aucun cas et dans aucun viscère, qu'il n'y en eût dans les poumons ; de manière que leur existence dans ces derniers organes, semble une condition nécessaire de leur développement dans les autres parties. Un autre fait semble encore attester cette dépendance ; c'est, qu'à l'exception d'un cas, nous avons toujours vu la matière tuberculeuse beaucoup plus avancée dans les poumons que partout ailleurs; que quand il y avait des tubercules dans différentes parties du corps, ils y étaient au même degré de développement; et qu'il serait difficile de concevoir cette uniformité dans les parties les plus éloignées et les plus différentes par leur organisation, sans admettre l'action d'une seule et même cause agissant à-la-fois et en même temps sur un grand nombre de parties, indépendamment des causes occasionelles qu'on est tenté de reconnaître dans quelques cas.

Toutefois, comme notre but n'est pas de soutenir une opinion plutôt qu'une autre, nous dirons que, dans un cas, nous avons trouvé une exception à la règle que nous venons d'établir. C'était sur un sujet mort de fièvre grave. Ses poumons ne contenaient pas de tubercules, et néanmoins il y avait une petite quantité de matière tuberculeuse dans les glandes mésentériques.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

Deuxième partie.

DESCRIPTION DES SYMPTOMES.

213. Dans cette seconde partie, nous décrirons successivement les symptômes de la phthisie et de ses diverses complications : nous examinerons les variétés qu'elle présente dans sa marche quelquefois aiguë ou latente : nous exposerons les faits relatifs à la perforation du parenchyme pulmonaire, et aux morts subites : puis nous passerons à l'examen des causes qui sont plus ou moins généralement considérées comme propres à favoriser le développement des tubercules dans les poumons ; enfin, nous dirons un mot du traitement.

Chapitre premier.

DES SYMPTOMES DE LA PHTHISIE.

214. On a vu, par ce qui a été rapporté dans la première partie de cet ouvrage, combien il était rare de trouver un phthisique chez lequel le désordre fût borné aux poumons, et l'on pourrait en conclure qu'il est presque impossible de s'élever, d'après les cent vingt-trois observations que nous avons recueillies,

la description de la maladie dans son cas de simplicité. Mais nous observerons qu'il ne serait pas convenable de considérer comme des complications plusieurs des lésions décrites, les ulcérations de la trachée-artère, du larynx, de l'épiglotte, de l'un et de l'autre intestin, et la transformation graisseuse du foie; au que ces lésions, étant propres à la phthisie, en font en quelque sorte partie. Nous observerons encore que les accidens survenus dans les derniers temps de l'affection, la pleurésie, la péripneumonie, etc., etc., ne lui ôtent pas son caractère de simplicité; en sorte que le cercle dans lequel on aurait pu nous croire resserré, prend beaucoup d'extension, et que nous pouvons faire reposer la description générale de la maladie sur un grand nombre de faits.

Pour exposer les symptômes avec quelque méthode, nous partagerons, à l'exemple de M. Laennec, le cours de la phthisie en deux époques principales : l'une antérieure, l'autre postérieure au ramollissement et à l'évacuation de la matière tuberculeuse par les bronches.

215. *Première époque.* Dans la plupart des cas, la maladie débutait sans cause connue. Le tiers des individus en attribuait les premiers symptômes à des alternatives de chaud et de froid auxquelles ils étaient exposés par leur profession, à des vents coulis, à l'immersion des pieds dans l'eau froide, à l'eau qu'ils avaient bue étant en sueur. Mais la plupart, ceux qui accusaient un vent coulis ou des alternatives de chaud et de froid causées par leurs travaux habituels, ne le faisaient pas d'une manière positive : c'était de leur part une simple conjecture. Un très-petit nombre

fixait d'une manière assez précise les premiers symptômes du *rhume*, à vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures de l'application de la cause à laquelle ils l'attribuaient.

216. Qu'il y eût ou non des causes apparentes, la maladie débutait par une toux ordinairement peu considérable, et les malades n'y faisaient d'abord aucune attention, croyant n'avoir qu'un simple rhume, auquel plusieurs d'entre eux étaient sujets. Cette toux était ordinairement accompagnée de crachats clairs, semblables à de la salive battue ; ou bien (dans la dixième partie des cas) elle était sèche pendant un ou plusieurs mois. Chez quelques sujets, elle avait lieu par quintes et faisait des progrès rapides. Après un temps plus ou moins considérable, les crachats devenaient moins clairs, étaient légèrement verdâtres et un peu opaques. Ils changeaient complètement d'aspect à la seconde période. — Dans quelques cas, les premiers symptômes étaient précédés d'une hémoptysie plus ou moins forte, ou bien ils débutaient avec elle. Le plus ordinairement ils en étaient suivis. La respiration n'était pas sensiblement gênée d'abord, et la dypsnée ne devenait incommode, chez un certain nombre de sujets, qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Dans bien des cas il y avait des douleurs plus ou moins vives entre les épaules et sur les côtés de la poitrine, quelque temps après le début. — Si l'on pratiquait l'auscultation dans cette première période, le bruit respiratoire ne paraissait pas altéré, du moins le plus ordinairement, surtout quand il n'y avait que des granulations grises. Mais, chez quelques malades, la respiration était faible sous

une ou l'autre des clavicules ; ou bien il y avait dans les mêmes points et dans un espace limité, un peu de râle muqueux et sonore, et la poitrine y rendait un son moins clair que du côté opposé.

217. A ces symptômes, qu'on peut appeler locaux, se joignaient des dérangemens plus ou moins marqués dans les diverses fonctions de l'économie. Parfois, il y avait des alternatives de chaud ou de froid, ou même des sueurs nocturnes, dès le début. Mais ces accidens ne se manifestaient ordinairement qu'à une époque plus avancée, et généralement dans la seconde période. A part un petit nombre de cas, l'appétit se maintenait dans les premiers temps, presque aussi considérable qu'avant l'apparition des premiers symptômes; puis il diminuait progressivement. Si la toux était forte, il y avait quelquefois des vomissemens après le repas ; mais quand cette cause était la seule, ils n'étaient pas de longue durée. Peu de malades avaient du dévoiement. Les forces diminuaient avec plus ou moins de rapidité : la maigreur se manifestait peu après le début et faisait d'abord des progrès lents.

218. *Deuxième époque.* Dans cette seconde période, la toux était ordinairement plus incommode et plus fréquente que dans la première, la nuit surtout. Les crachats étaient verdâtres, striés de lignes jaunes, opaques, privés d'air, prenaient une forme particulière, étaient arrondis, comme lacérés. Quelquefois, sous l'influence du régime et des délayans, ils perdaient une partie des caractères qu'ils reprenaient ensuite, au bout d'un temps plus ou moins considérable. Dans les derniers jours de l'existence, ils avaient assez fréquemment l'aspect d'une purée verdâtre et

grisâtre. Enfin, ils étaient souvent accompagnés de crachats semblables à ceux de la première époque. L'hémoptysie était assez fréquente, mais le plus ordinairement peu considérable. La dypsnée faisait des progrès plus ou moins rapides, suivant la marche de la maladie. Les douleurs étaient souvent plus vives que dans la première époque. Quelquefois même il y avait des symptômes pleurétiques, très-intenses, qui exigeaient un traitement très-actif. Les malades avaient presque toujours la tête basse, leur décubitus était varié; dans quelques cas néanmoins il avait exclusivement lieu du côté opposé aux grandes excavations. — En pratiquant l'auscultation, on entendait dans un ou plusieurs points correspondans au sommet des poumons, la pectorilaquie plus ou moins parfaite, du gargouillement ou la respiration trachéale; et dans la troisième partie des cas, la percussion de la poitrine ne rendait aucun son au-dessous de l'une ou l'autre clavicule, dans une étendue ordinairement considérable. — C'est aussi dans cette période que se développaient les symptômes propres aux ulcérations de l'épiglotte, du larynx et des différentes lésions de la membrane muqueuse de l'estomac.

219. Chez la plupart des sujets, la fièvre était continue avec des redoublemens. Ceux-ci avaient lieu dans la soirée, commençaient ordinairement par un frisson plus ou moins fort, suivi de chaleur et de sueur. La soif était vive, à moins que la marche de la maladie ne fût très-lente. L'appétit décroissait dans la proportion des forces, était inégal; ou même, dans quelques cas, l'anorexie était complète, bien que la membrane muqueuse de l'estomac fût parfaitement saine.

u n'offrît que des lésions légères ou récentes. Chez n petit nombre de sujets, les selles étaient régu- ières jusque dans les derniers jours de la vie. Plu- ieurs n'avaient de diarrhée que vingt ou trente ours avant la mort : dans la majorité des cas, elle ébutait à une époque très-éloignée du terme atal. La maigreur faisait des progrès rapides, et à noins que les malades n'éprouvassent quelque acci- ent particulier, comme la perforation du parenchyme ulmonaire, etc., ils périssaient dans le dernier de- rré de marasme, conservant presque toujours jusqu'à a fin l'exercice régulier des facultés intellectuelles.

220. La durée de chacune de ces périodes était rès-variable, et proportionnée à celle de la maladie lont le tableau suivant montre les limites.

urée de l'affection.	Nombre des morts.	Durée de l'affection.	Nombre des morts.
4 jours	1	11 mois	2
5 jours	2	12 mois	5
o jours.	1	12 mois et demi.	2
2 jours.	1	13 mois et demi.	1
1 jours.	1	14 mois	3
mois	2	14 mois et demi.	1
mois et demi	3	15 mois	5
mois	2	17 mois	2
mois et demi	2	18 mois	1
mois	9	19 mois	1
mois et demi	2	20 mois	1
mois	7	2 ans.	8
mois et demi	1	2 ans et demi	2
mois	8	3 ans	4
mois et demi	5	4 ans	6
3 mois	4	5 ans.	2
) mois	7	10 ans	1
) mois et demi	1	12 ans	2
10 mois	3	14 ans	1
10 mois et demi.	1	20 ans	1
Total	63	Total	51

C'est-à-dire que ; sur cent-quatorze phthisiques dont la durée de la maladie a été constatée aussi exactement

qu'il est possible, les deux dixièmes et quelque chose de plus sont morts du premier au sixième mois de l'affection; les quatre dixièmes, du sixième au douzième mois; un peu moins du quart, de la première à la seconde année, et un peu moins du cinquième, de la seconde à la vingtième.

221. Nous avons recherché si l'âge avait quelque influence sur la marche plus ou moins rapide de l'affection; et nous avons trouvé que cette influence n'était réelle dans aucun cas, si ce n'est peut-être dans ceux de phthisie très-aiguë.

222. Au contraire, l'influence du sexe nous a paru assez positive; car si le nombre des phthisiques était le même chez les hommes et chez les femmes, quand la maladie durait au-delà d'un an, il était dans la proportion de trente à quarante-deux, quand la mort survenait dans le cours de la première année.

Peut-être pourrait-on expliquer cette différence, en considérant que l'état gras du foie, et le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, étaient beaucoup plus fréquens chez les femmes que chez les hommes (89, 161), et que ces lésions doivent nécessairement accélérer le terme fatal.

223. Quant à la mortalité, elle était à celle qui est causée par les autres maladies, à très-peu près comme un à deux, c'est-à-dire que de trois cent cinquante-huit sujets morts dans l'espace de trois années et demie, dans le service de M. Chomel, cent vingt-trois avaient succombé à la phthisie, et deux cent trente-cinq à des affections de différente nature. Et si, au nombre des phthisiques indiqué, on ajoute celui des

sujets qui, ayant succombé à d'autres maladies, avaient néanmoins des tubercules ou des excavations tuberculeuses dans les poumons, c'est-à-dire quarante; on trouve que, sur trois cent cinquante-huit sujets, cent soixante-trois, ou à très-peu près la moitié de la totalité, avaient des tubercules pulmonaires, étaient morts phthisiques! Proportion énorme, et qui n'est cependant pas celle de tous les individus qui succombent à des maladies mortelles de leur nature, au moins jusqu'ici.

Étudions maintenant les symptômes que nous n'avons fait qu'indiquer.

224. *Toux.* Elle était très-variable. Quelques malades ne toussaient que dans les derniers jours de leur existence (Obs. 31, 32), bien qu'ils eussent depuis un certain temps des excavations tuberculeuses dans les poumons. D'autres, c'était le petit nombre, toussaient fort peu; ou bien, après avoir existé un certain temps, la toux cessait complètement, pour ne se montrer ensuite que dans les derniers jours de la vie, bien que l'affection tuberculeuse semblât avoir existé dès son début (Obs. 30.). La plupart se plaignaient d'une toux incommode, la nuit surtout, et ne trouvaient un peu de sommeil qu'au moyen de quelque dose d'opium, qui ne les calmait pas toujours. Cette toux revenait quelquefois par quintes, excitait beaucoup de dypsnée, souvent même des vomissemens, et une sensation pénible à l'épigastre. En général, sa force et sa fréquence étaient proportionnées à la marche plus ou moins rapide de la maladie.

225. *Crachats.* Le passage de la première à la se-

conde époque était marqué, comme nous l'avons déjà dit, par un changement remarquable dans l'aspect et la forme des crachats. De blancs, muqueux et plus ou moins aérés, ils devenaient verdâtres, opaques, étaient dépourvus d'air, et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses, qui les rendaient parfois comme panachés. Si alors on pratiquait l'auscultation, on entendait, au sommet des poumons, un retentissement plus ou moins marqué de la voix, la pectoriloquie, ou une respiration très-forte, comme trachéale, souvent mêlée de gargouillement, quelquefois d'un râle sec. Quelquefois aussi on rencontrait dans les crachats des parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle, à du riz cuit : mais elles étaient rares, et existaient dans un bien moins grand nombre de cas que les stries.

Après un temps plus ou moins considérable, on cessait ordinairement d'observer les stries et les parcelles de matière blanche. Les crachats étaient homogènes, leur forme arrondie ou comme lacérée au pourtour. Ils étaient lourds et plus ou moins consistans, ne gagnaient pas toujours le fond de l'eau néanmoins, flottaient même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair que les malades expectoraient avec eux. Après avoir été plus ou moins long-temps d'un jaune verdâtre, ils prenaient une teinte grisâtre, un aspect sale, assez analogue à celui de la matière contenue dans les excavations tuberculeuses déjà anciennes : c'était dans les derniers jours de la vie, quinze, vingt jours, le plus ordinairement quelques jours seulement avant la mort. Alors ils perdaient une partie de leur consistance, s'aplatissaient sur le cra-

noir, formaient une sorte de purée, étaient quelquefois souillés de sang ou entourés d'une aréole rose. Cette dernière coloration serait sans doute plus fréquente si tous les malades crachaient dans les dernières vingt-quatre heures de l'existence, vu qu'à l'ouverture des corps les mucosités bronchiques sont ordinairement plus ou moins rouges.

226. L'ensemble de ces caractères peut, indépendamment de tout examen ultérieur, indiquer d'une manière à-peu-près certaine, l'existence de quelque excavation tuberculeuse dans les poumons. Nous disons l'ensemble ; car des crachats verts, homogènes, opaques, existent dans le catarrhe pulmonaire chronique, quelquefois même dans le catarrhe pulmonaire aigu : mais ils ne sont pas striés, ne contiennent pas de ces parcelles blanches dont nous avons parlé, ne sont pas ordinairement pelotonnés comme ceux des phthisiques. Cette forme arrondie est certainement un de leurs attributs les plus précieux, par rapport au diagnostic, et dans deux cas très-remarquables (Obs. 30, 33), elle a été pour M. Chomel et pour nous, le premier indice de l'affection tuberculeuse des poumons.

Toutefois, nous dirons aussi que, dans les derniers jours de la vie, nous avons vu deux fois les crachats pelotonnés et opaques, bien que les poumons n'offrissent ni tubercules, ni cavité tuberculeuse, ni dilatation des bronches.

227. Ces caractères se retrouvaient chez tous les sujets, à part trois cas dans lesquels les crachats furent constamment muqueux, aérés, blanchâtres, ou très-légèrement jaunâtres, ou bien encore, grisâtres, demi-

transparens, comme vitrés en quelque sorte, sans avoir offert à une époque quelconque de la maladie, la forme pelotonnée dont il a été question.

Dans la plupart des cas, les crachats verdâtres, opaques et striés, étaient accompagnés de crachats muqueux plus ou moins aérés, quelquefois plus ou moins visqueux, qui retenaient le caractère de la première époque ; ou bien, ceux-ci manquant, les premiers flottaient au milieu d'un fluide clair et ténu comme de la salive, plus ou moins abondant. Quelquefois ils étaient pour ainsi dire à sec.

228. La quantité de matière expectorée variait aux différentes époques de la maladie. Dans la première, quand elle avait une marche rapide, les crachats étaient quelquefois très-abondans ; les malades en remplissaient un ou deux crachoirs dans une journée, ce qui équivalait à dix ou vingt onces. Dans la seconde, ils étaient moins copieux, à moins qu'à ceux de cette époque, ne se mêlât une quantité considérable de ceux de la première. Dans le cas contraire, il arrivait assez fréquemment qu'ils recouvraient à peine le fond du vase destiné à les recevoir, et jamais nous ne les avons vu le remplir en entier. Un petit nombre de malades ne rendait, dans l'espace de vingt-quatre heures, que quelques crachats. Ils furent entièrement suspendus plusieurs jours de suite chez deux sujets. Un troisième (c'était une femme qui mourut à la suite du croup (1), ayant de grandes excavations tuberculeuses dans les poumons, et dont la maladie datait

(1) *Voyez* la sixième observation de notre Mémoire sur le Croup, considéré chez l'adulte ; *Archiv. génér. de Méd.*, IVe. vol., 2e. année.

neuf mois quand nous l'observâmes), n'expectora aucune époque de sa maladie; et le soin que nous ons mis à l'interroger sur ce point, met le fait hors doute.

Après avoir été verdâtres et opaques, etc., etc., ndant un espace de temps plus ou moins considéble, les crachats perdaient ordinairement sous nfluence du repos, de la diète, et des boissons dévantes, une partie de leurs caractères; devenaient oins opaques, étaient quelquefois comme vitrés, nservaient ou perdaient leur forme arrondie, et rès un temps plus ou moins considérable, repreient leur premier aspect.

229. Dans la première époque, quand ils étaient uqueux, plus ou moins largement aérés, qu'il n'y ait encore, ni gargouillement, ni pectoriloquie, et s-lors point d'excavation, les crachats ne pouvaient oir leur source que dans les bronches. Plus tard, ils ient tout-à-la-fois le produit de la sécrétion de les-ci, et de la matière contenue dans les cavités berculeuses. On en trouve la preuve dans l'altération leurs caractères au moment où la pectoriloquie et gargouillement indiquaient la fonte des tubercules leurs communications avec les bronches; surtout ns la ressemblance des stries jaunâtres avec la mare tuberculeuse liquéfiée, telle qu'on la trouve ornairement dans les excavations récentes. Plus tard enre, cette double source n'est pas moins évidente; soit e l'on réfléchisse qu'assez souvent on trouve dans les onches voisines des excavations une matière en tout nblable à celle qui y est contenue; que dans les derrs jours de la vie, cette dernière ne diffère pas sensi-

blement de celle qui est expectorée ; que les différences qu'il est si ordinaire de rencontrer dans les résultats de l'auscultation avant ou après l'expectoration, supposent un changement quelconque dans la proportion des fluides contenus dans les cavités tuberculeuses ; que d'ailleurs, il est impossible que des cavités qui communiquent librement avec les bronches par un plus ou moins grand nombre d'ouvertures, n'y versent pas à chaque secousse de toux une partie du fluide qu'elles contiennent ; et qu'enfin, la situation d'un certain nombre de ces ouvertures à la partie la plus déclive des excavations, indique que le passage dont il s'agit a peut-être lieu fréquemment par le simple effet de la pesanteur.

Ces considérations se trouvent encore fortifiées dans un grand nombre de cas par l'état pathologique des bronches. Nous avons vu, en effet (36), que, quand elles sont très-rouges et très-épaisses, ce n'est pas dans le voisinage des masses de matière grise ou tuberculeuse, mais dans celui des excavations ; ce qui ne nous semble pouvoir être bien expliqué, qu'en admettant le passage plus ou moins fréquent de la matière de ces excavations dans les bronches.

230. Après cela, il ne nous semble pas douteux que la violente inflammation de la membrane muqueuse bronchique à cette période de la maladie, ne contribue beaucoup au changement de la matière expectorée ; qu'à une certaine époque les crachats opaques, verdâtres et grisâtres ne soient autant le résultat de la sécrétion de la membrane muqueuse des bronches, que de celle des parois des excavations ; et qu'il n'y ait que peu ou point de différence entre

matière fournie par les unes ou par les autres.

231. *Hémoptysie.* Elle existait, forte ou faible, chez s deux tiers des sujets; cinquante-sept fois sur uatre-vingt-sept cas.

Par hémoptysie forte, nous entendons celle qui, ns un espace de temps peu considérable, quelques inutes, un quart-d'heure, une demi-heure ou une eure, donne lieu à l'évacuation de plusieurs onces un sang plus ou moins liquide et spumeux, quelefois noirâtre et en caillots, et s'accompagne, ns certains cas, de contractions du diaphragme qui ortent les malades à croire qu'ils ont vomi du sang. hémoptysie est faible quand ils ne rendent que ielques gorgées d'un sang spumeux, pur ou mêlé ec des crachats. Celle-ci dure quelquefois plusieurs ois de suite. Le nombre des malades qui avaient rouvé l'une ou l'autre, était à-peu-près le même. s cinquante-sept sujets dont il a été parlé, vingtıq avaient eu des hémoptysies fortes.

232. Forte ou faible, l'hémoptysie devançait quelefois la toux et les crachats d'un espace de temps is ou moins considérable. Douze de nos malades ient dans ce cas, et huit d'entre eux avaient éprouvé e hémoptysie forte. Celle-ci débutait encore plus ivent que l'hémoptysie faible dans le cours ou au mmencement de la première période de la maladie, ns la proportion de neuf à sept. — Le crachement sang était rare au plus haut degré de faiblesse, ns les derniers jours de la vie. Nous ne l'avons obvé à cette époque que sur quatre sujets, un égal mbre de fois considérable ou faible.

233. Mais l'hémoptysie qui devance la toux et les

crachats, surtout celle qui est forte, doit-elle être considérée comme un avant-coureur des tubercules, ou comme un symptôme qui décèle leur présence? Depuis près de trois ans, nous avons demandé à tous les sujets soumis à notre observation et atteints d'une maladie autre que la phthisie, s'ils avaient eu quelque crachement de sang, et nous en avons toujours reçu des réponses négatives, excepté de quelques-uns de ceux qui avaient éprouvé de fortes secousses de poitrine par suite d'une violence extérieure, ou des femmes dont les règles avaient été subitement supprimées. Les malades sujets au catarrhe pulmonaire depuis nombre d'années, et dont la respiration était habituellement libre, n'avaient jamais eu d'hémoptysie. D'un autre côté, nous avons observé quelques individus qui, ayant un certain nombre de tubercules dans les poumons, n'éprouvaient aucun symptôme qui annoncât leur présence, ou n'en éprouvaient que de généraux; en sorte que rien ne doit paraître moins étonnant que de voir des tubercules pulmonaires donner lieu, à une certaine époque de leur existence, à un seul symptôme, et en particulier au crachement de sang; et par toutes ces raisons, nous pensons que l'hémoptysie, à part les cas dont il a été question, indique d'une manière infiniment probable, quelle que soit l'époque de son apparition, la présence de quelques tubercules dans les poumons. Nous ne disons pas d'une manière certaine, plusieurs faits bien constatés paraissant faire une heureuse exception à cette règle.

D'ailleurs, l'analogie dépose en faveur de cette proposition. Car, quand une hémorrhagie a son siége

dans un organe plus ou moins profondément situé, elle est presque toujours le signal d'une altération plus ou moins grave de sa structure. Ajoutons que quand l'hémoptysie devançait les autres symptômes de l'affection tuberculeuse, elle était quelquefois suivie de dypsnée, débutait tout-à-coup (Obs. 32, etc.), ordinairement au milieu d'une santé parfaite, sans phénomènes précurseurs, sans cause appréciable; et qu'il est naturel de penser que cette cause, pour rester cachée, était néanmoins la même que celle qui devait rappeler plus ou moins fréquemment le même symptôme dans la suite. Mais bornons-nous à ce petit nombre de réflexions bien moins destinées à suppléer les faits qu'à en provoquer la recherche et l'examen.

234. Le sexe avait une influence marquée sur l'hémoptysie. On l'observait plus souvent chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de trois à deux. Ainsi, de quarante-deux femmes soigneusement interrogées sous ce rapport, trente-six avaient eu des crachemens de sang; et sur trente-huit hommes, vingt-un seulement étaient dans ce cas.

235. Le rapport de l'hémoptysie à l'âge n'était pas le même dans l'un et l'autre sexe. La troisième partie des femmes âgées de dix-neuf à quarante ans n'avait point eu de crachement de sang; tandis que, de quarante à soixante-cinq, il n'a manqué que chez la septième partie des sujets; proportion inverse de celle qui devrait exister si, suivant l'opinion de quelques médecins, l'hémoptysie pouvait être considérée, dans certains cas, comme un supplément à la diminution ou à la suppression des règles. Chez l'homme, au contraire, la proportion était exactement la même

au-dessus et au-dessous de quarante ans ; de sorte que, sur douze sujets au-dessus de cet âge, six ont été hémoptoïques, et sur vingt-six au-dessous, quatorze. Si le petit nombre de faits que nous venons de rappeler est insuffisant pour établir d'une manière sûre le rapport de l'âge avec la fréquence de l'hémoptysie dans l'un ou l'autre sexe, il pourra du moins fixer l'attention des observateurs sur ce point, et les engager à des recherches utiles.

236. L'âge n'avait point d'influence marquée sur la force ou la faiblesse de l'hémoptysie ; et quant à la fréquence de son retour chez le même sujet, elle était en raison de la durée de la maladie.

237. Nous avons encore cherché s'il y avait quelque rapport entre le symptôme qui nous occupe, la force et la faiblesse de la constitution : et sur quarante-huit sujets, nous avons trouvé un égal nombre de constitutions fortes ou faibles. Toutefois, le partage n'était pas le même entre les hommes et les femmes ; les constitutions fortes dominaient chez ces dernières.

138. Dans quelques cas, l'hémoptysie forte n'avait lieu qu'une fois dans le cours de la phthisie : rarement elle se répétait trois, quatre, ou un plus grand nombre de fois. L'observation suivante, en nous mettant sous les yeux un cas de cette espèce, nous offrira l'exemple bien plus rare des symptômes d'une fièvre grave développés dans le dernier degré de marasme, et à la suite d'évacuations sanguines très-copieuses.

X[e]. Observation.

Un jeune homme de dix-huit ans, très-bien conformé, d'une grande taille, cheveux noirs, caractère vif, embonpoint modéré, fut admis à l'hôpital de la Charité le 26 novembre 1821. Né de parens sains, ayant la respiration gênée depuis l'enfance, il avait été pris, dans les derniers jours d'octobre, au milieu d'une santé parfaite et sans cause appréciable, d'une hémoptysie abondante. Depuis, le crachement de sang avait continué, mais peu considérale, si ce n'est dans les derniers jours. La toux avait paru avec l'hémoptysie, accompagnée de quelques crachats, peu incommode, sans douleur de poitrine, sans chaleur ni frissons. Il n'y avait eu qu'un peu de sensibilité au froid. Le malade s'était refusé à toute espèce de traitement, n'avait rien retranché de sa nourriture ordinaire ni de ses occupations, et ne s'était décidé qu'avec peine à venir à l'hôpital.

Le 27, figure médiocrement animée, air de satisfaction, légère diminution des forces; respiration peu accélérée, toux rare, excitée par le décubitus dorsal; crachats un peu visqueux et jaunâtres, aérés; quelques-uns très-rouges. Décubitus incommode à gauche, poitrine un peu moins sonore sous la clavicule de ce côté qu'à droite dans la partie correspondante. Le bruit respiratoire était nul par intervalles dans quelques points, et sur les parties latérales du côté gauche on

entendait, au moyen du stéthoscope, un bruit com-
parable à celui d'une bulle d'air qui roulerait dans un
canal de moyenne dimension. Le pouls était calme
un peu plein, la chaleur naturelle; la langue dans
l'état normal, l'appétit bon, la soif nulle, le ventre
souple et indolent. Il y avait un peu de diarrhée de-
puis deux jours. (Saignée de huit onces; tis. d'orge
avec le sirop de gom.; pot. gom.; une chopine de
lait; un quart de pain.)

Il n'y eut pas de changement appréciable le lende-
main. Le 29, peu après l'heure de la visite, hémo-
ptysie abondante, évaluée à six onces; sang noir, ou
spumeux et d'un beau rouge. Même état de la respi-
ration, mêmes résultats de l'auscultation que l'avant-
veille. (Saignée de huit onces; vésic. au bras gauche
orge édulc.; lock; trois soupes.)

Le 30, nouvelle hémoptysie accompagnée de tirail-
lemens à l'épigastre, sans augmentation de la toux
sans chaleurs de poitrine, sans frissons préalables.

Jusqu'au 8 novembre, à peine quelques crachats
un peu tachés de sang; mais, dans la matinée du
même jour, au milieu du plus parfait repos, hémo-
ptysie beaucoup plus forte que les premières; respira-
tion plus faible en arrière du côté gauche que du côté
droit. (Saignée de douze onces).

Le lendemain, un peu de douleur de gorge et de
difficulté dans la déglutition, soif modérée, selles
régulières, chaleur générale, accélération du pouls
crachats blancs, figure amaigrie et d'un blanc terne.

Du 9 au 15, il y eut trois hémoptysies abondantes
auxquelles on opposa deux saignées et un large vési-
catoire entre les épaules. Le 16, les crachats étaient

médiocrement épais, jaunâtres, imparfaitement pelotonnés.

Dans les quinze jours qui suivirent, leur aspect fut le même à très-peu de chose près, la respiration plus gênée, la toux plus forte qu'à l'ordinaire, la chaleur peu considérable : il y eut des sueurs nocturnes. L'appétit devint plus vif, et on éleva par degrés la dose des alimens, de manière que, le 28 décembre, le malade prenait, en vingt-quatre heures, une pinte de lait avec un quart de portion de pain, quelquefois même un peu plus.

Le 2 janvier, la dypsnée était considérable, la toux plus forte dans le décubitus à gauche que quand il avait lieu à droite. L'auscultation pratiquée à la partie antérieure de la poitrine ne faisait entendre aucune espèce de râle. Le pouls était vif et assez fréquent. La gaîté avait fait place à l'ennui. Le malade ne quittait pas le lit depuis plusieurs jours : il maigrissait beaucoup. (Deux crêmes de riz.)

Du 2 au 8, point de changement appréciable, sinon dans le caractère du bruit respiratoire, qui devint très-fort sous la clavicule gauche.

Le 9, la langue qui, jusqu'alors, avait conservé sa couleur naturelle, était d'un rouge vif. Le 10, l'oreille était dure, la surdité presque complète. Le 11, elle semblait plus considérable encore, le malade poussait des gémissemens presque continuels, le pouls était un peu plein et tumultueux. (Saignée de huit onces; tis. d'orge émul.)

Le 12, langue sèche et noirâtre, soif intense, chaleur un peu âcre, pouls moins plein et moins tumul-

tueux que la veille; gargouillement sous la clavicule gauche, râle sifflant à droite. (Saignée de huit onces.)

Le sang se couvrit d'une couenne assez épaisse. Il y eut trois selles dans la journée du lendemain.

Dans la nuit du 13 au 14, délire presque continu. Le 14 au matin, visage pâle, air d'abattement, surdité comme les autres jours, chaleur sèche et forte; respiration bruyante accompagnée de râle crépitant du côté gauche; toux fréquente, crachats peu abondans; langue sèche et encroûtée. (Tis. de viol. édulc.; pot. gom.)

Le 15, à l'heure de la visite, œil un peu moins terne, pouls comme à l'ordinaire, un peu plein. Le reste comme la veille. Délire la nuit suivante. Dans la matinée du 16, figure plaquée de rouge, intelligence en bon état, langue sèche, chaleur élevée, toux un peu moins fréquente: on entendait du gargouillement sous la clavicule gauche. Le malade se découvrait souvent la poitrine.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu le 18, deux heures après midi.

Ouverture du cadavre, quarante-deux heures après la mort.

État extérieur. Troisième degré de marasme commençant.

Tête. Cerveau ferme, sans injection; deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux et dans les fosses occipitales inférieures.

(Le larynx ne fut pas examiné.)

Poitrine. Il y avait quelques adhérences au sommet des poumons. Le droit était crépitant, un peu engoué dans quelques points, et offrait dans toute son étendue un grand nombre de granulations grises demi-transparentes de la grosseur d'un grain de millet. Du côté gauche, le lobe supérieur était complètement transformé en excavations tuberculeuses, qui contenaient une matière trouble, grisâtre, fétide, et étaient séparées les unes des autres par des cloisons de matière grise demi-transparente d'une demi-ligne ou un peu plus d'épaisseur. Le lobe inférieur présentait la même lésion, mais à un degré beaucoup moins avancé. Les cloisons intermédiaires aux excavations y étaient plus épaisses, et le parenchyme pulmonaire encore perméable à l'air dans quelques points. — Le cœur avait un volume convenable : les parois du ventricule gauche étaient un peu moins épaisses que dans l'état ordinaire. — Aorte saine.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était pâle dans toute son étendue, et enduite de mucosités épaisses; celle de l'intestin grêle parfaitement saine, à l'exception de quelques plaques rouges ovalaires dans le voisinage du cœcum. Les matières fécales étaient épaisses. La rate plus volumineuse et plus ferme que dans l'état naturel. Le foie et les autres viscères de l'abdomen parfaitement sains.

---

259. Cette observation est, comme on voit, très-remarquable sous plusieurs rapports, et en particulier sous celui de l'hémoptysie. On serait peut-être tenté

d'attribuer la persévérance indomptable de cette hémorrhagie à la marche rapide de l'affection ; mais cette influence ne saurait être admise, vu que la phthisie a marché beaucoup plus rapidement encore dans quelques cas (Obs. 33) sans la plus légère hémoptysie, et que, dans l'ensemble de ceux que nous avons observés, la répétition du crachement de sang a été en raison directe de la durée de l'affection. Les saignées furent aussi répétées que les forces du sujet le permettaient, et, comme on l'a vu, sans le moindre succès. L'hémoptysie reparaissait fréquemment le lendemain de l'évacuation sanguine, comme si, au lieu d'avoir éprouvé une perte de sang, le malade eût fait un excès de table ou de toute autre espèce.

240. Sous le rapport des causes, il convient de remarquer que cette hémoptysie a débuté tout-à-coup, sans cause connue, sans symptômes précurseurs, sans toux préalable, au milieu des apparences d'une santé parfaite ; qu'on ne saurait la considérer comme l'effet d'un catarrhe pulmonaire qui n'existait pas, et qu'il faut nécessairement l'attribuer à des tubercules déjà existans et dont elle aura été le premier signe. Cette conclusion admise, il en résulte encore que les tubercules étaient indépendans de toute inflammation des bronches, qu'ils étaient la cause et non l'effet du catarrhe pulmonaire. Nous reviendrons dans la suite sur ce point important, mais nous remarquerons encore que, dans ce cas particulier, notre manière de voir est confirmée par les résultats de l'auscultation et de la percussion. Nous avons vu en effet, qu'à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, sa poitrine résonnait moins au-dessous de la

clavicule gauche que du côté opposé ; et ce fait annonçait un désordre déjà trop considérable pour qu'on pût l'attribuer à l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches, qui, dans toute hypothèse, était nécessairement récente.

241. Nous n'insisterons pas sur les symptômes de fièvre grave qui se sont manifestés dans les derniers jours de l'existence à la suite des pertes de sang les plus copieuses, bien que les cas de cette espèce soient si rares que nous n'en connaissions pas d'autre exemple ; nous ferons même remarquer que, sous ce rapport, notre observation manque de l'exactitude nécessaire pour tirer des conclusions légitimes des faits. Nous n'avons pas examiné convenablement les membranes muqueuses ; nous avons, il est vrai, noté la blancheur universelle de celle de l'estomac, mais nous n'avons parlé ni de sa consistance ni de son épaisseur ; et encore qu'il soit rare de la trouver ramollie, altérée d'une manière quelconque, quand sa blancheur est générale, la chose n'est pas impossible, et le contraire n'a pas été dit. Les plaques rouges de l'intestin grêle étaient peut-être les mêmes que celles qui s'épaississent et s'ulcèrent dans le cours des fièvres graves, mais leur description est trop succincte pour soutenir l'identité. Nous ne pouvons affirmer dès-lors que les symptômes indiqués aient ou n'aient pas répondu à telle ou telle espèce de lésion, ni demander, pour une observation aussi incomplète sous ce rapport, la confiance qu'elle ne mérite pas. On ne saurait trop le redire, la science pèche par les bases : les faits, c'est-à-dire les faits bien et complètement observés, lui manquent sur le plus grand nombre de points.

242. Dans quelques cas rares, l'hémoptysie semblait avoir été causée par un redoublement de toux. Presque toujours elle survenait sans cause appréciable, était rarement accompagnée d'ardeur, de douleurs de poitrine, ou d'un mouvement fébrile plus marqué que dans les jours qui l'avaient précédée.

243. *Dyspnée.* Elle était généralement peu considérable, et les malades n'en étaient incommodés, ne s'en apercevaient même dans la plupart des cas, que quand ils se livraient à quelque mouvement. Elle suivait dans ses progrès ceux de l'affection principale, était rarement excessive, en sorte que nous n'avons vu que trois malades obligés, pour la rendre plus supportable, d'avoir la tête très-élevée dans le lit, ou de se mettre à leur séant. A l'ouverture de leur corps, nous n'avons rien trouvé qui pût nous rendre compte de cette anomalie : le cœur était sain, ses orifices dans l'état naturel; il n'y avait pas d'épanchement de sérosité dans la cavité des plèvres.

244. Dans un certain nombre de cas, la dyspnée ne se manifestait qu'un ou plusieurs mois après le début de la toux. Dans la plupart, elle commençait avec elle : quelquefois même (chez la dixième partie des sujets environ) elle la précédait, et remontait fréquemment alors à la même époque qu'une hémoptysie plus ou moins forte qui, comme elle, avait devancé les autres symptômes. Dans cette circonstance, l'oppression et l'hémoptysie étaient probablement, non un phénomène avant-coureur, mais le premier effet de la présence des tubercules dans les poumons. Peut-être en était-il encore de même dans les cas où il n'y avait pas eu d'hémoptysie; mais la chose est

oin d'être démontrée, vu qu'un assez grand nombre e malades avait la respiration plus ou moins gênée ès l'enfance; qu'il n'était pas possible de faire remonter à une époque si éloignée le développement e leur maladie, et que parmi ces sujets, qui formaient la neuvième partie de la masse, on en comptait proportionnément autant qui avaient atteint l'âge e cinquante ans, que parmi ceux dont la dyspnée vait paru avec les premiers symptômes de la phthisie.

245. L'oppression était rapportée à la partie moyenne e la poitrine, quelle que fût d'ailleurs la différence qui xistât entre les lésions de l'un et l'autre des poumons. n'y a eu d'exception à cette règle que dans trois cas. es malades qui en étaient l'objet éprouvaient plus de êne et de mal-aise du côté de la poitrine qui était le lus affecté, que dans la partie opposée. Ils y rapporient le siége de leur maladie.

246. La *douleur* n'est pas, comme on sait, le symptome qui fatigue le plus les phthisiques; beaucoup n étaient exempts, ou n'en parlaient que quand on xait leur attention sur ce point. Le petit nombre en plaignait spontanément; et c'est sans doute cette osence de douleur, et, dans beaucoup de cas, leur iblesse et leur rareté jointes à une progression innsible des symptômes, qui abusaient si complètement les malades sur leur situation. Néanmoins, sans arler des symptômes pleurétiques qui forçaient quelues-uns d'entre eux à venir réclamer les secours de médecine, le très-grand nombre avait éprouvé des ouleurs soit entre les épaules, soit sur les côtés de la oitrine. Ces dernières avaient existé dans la troisième

partie des cas, quelquefois assez considérables, et pendant un espace de temps plus ou moins long. Elles se manifestaient à des époques très-variées; chez les uns, deux ou trois mois avant la mort, quand la toux et l'expectoration duraient déjà depuis un an, deux ans et plus; chez d'autres (quand la maladie parcourait toutes ses périodes dans l'espace de cinq ou six mois), peu après le début des premiers symptômes; quelquefois pour un petit nombre de jours, dans d'autres cas, pour un ou plusieurs mois; souvent assez fortes pour incommoder les malades, sans les obliger néanmoins à se mettre au lit.

247. Dans la plupart des cas, ces douleurs étaient en rapport avec l'étendue des adhérences (ordinairement celluleuses) des poumons aux plèvres, et assez souvent avec le nombre et la grandeur des excavations. Et comme ces deux espèces de désordres étaient presque toujours réunies et proportionnées entre elles, on ne saurait à quoi s'en tenir sur la cause des souffrances, si l'on ne savait que les tubercules se développent dans d'autres organes sans douleurs, et que celles dont il s'agit ressemblent beaucoup aux douleurs pleurétiques, augmentant comme elles dans l'inspiration, la toux; sont piquantes, lancinantes; en sorte que, comme les adhérences, elles sont sans doute le résultat d'une inflammation chronique. Nous avons pu, dans un petit nombre de cas, nous convaincre d'une manière plus positive et plus directe, que telle était en effet la source des douleurs chez les phthisiques. C'était chez des malades dont les poumons offraient, d'un côté, de vastes excavations presque

ans adhérences ; de l'autre, des adhérences celluleuses universelles sans excavations, et qui n'avaient u de douleurs que de ce dernier côté.

Cependant, comme on voit quelquefois les glandes lu cou et des aisselles (Obs. 9), devenues tuberculeuses, causer des douleurs, on doit penser qu'il peut en être de même dans certaines circonstances, relativement aux tubercules pulmonaires. C'est, en effet, ce que nous avons observé dans le seul cas de tubercules enkystés que nous ayons recueilli. (Obs. 31.) La femme qui nous l'a offert, avait éprouvé, pendant les quinze derniers jours de son existence, des douleurs entre les épaules, et il n'y avait aucune adhérence entre les poumons et les plèvres. Il en a encore été de même dans quelques cas de phthisie aiguë, où il y a eu des douleurs de côté plus ou moins vives, bien qu'on n'ait pas trouvé après la mort de traces de pleurésie. (Obs. 35, 36.) Il se pourrait donc que, dans quelques cas, les douleurs de poitrine des phthisiques fussent à-la-fois le résultat du développement des tubercules et des adhérences qui en sont la suite.

248. Vingt-deux malades assuraient n'avoir éprouvé de douleur dans aucun point de la poitrine. Chez la plupart d'entre eux, il n'y avait d'adhérences qu'au sommet des poumons, tandis que les excavations étaient aussi considérables et aussi nombreuses que dans les cas où des douleurs plus ou moins vives avaient existé. Cette série de malades confirmait ce qui vient d'être dit sur la cause la plus ordinaire des douleurs de poitrine chez les phthisiques. On conçoit en effet sans peine que la pleurésie bornée à la partie supérieure des plèvres, soit indolente, la portion cor-

respondante du thorax étant la moins mobile, et les douleurs pleurétiques paraissant devoir toute leur acuité au mouvement plus ou moins marqué des côtes et à l'expansion du parenchyme pulmonaire.

249. D'ailleurs, si, comme nous l'avons remarqué dans la première partie de cet ouvrage (42), l'inflammation des plèvres et les adhérences qui en sont la suite dépendent, dans beaucoup de cas, de l'action des tubercules, on conçoit comment les douleurs dont il s'agit se manifestent à des époques variées, puisque les tubercules se développent ordinairement d'une manière successive.

250. En résumé, ces douleurs étaient en rapport avec les adhérences des poumons aux plèvres, et non avec la grandeur et le nombre des excavations. Elles paraissent résulter de l'inflammation chronique des plèvres qui détermine les adhérences : et quand celles-ci n'existaient qu'au sommet des poumons, les malades n'éprouvaient pas de douleurs, bien que les excavations fussent considérables. Ajoutons que l'âge, qui semblait sans influence sur la marche de la phthisie, paraissait en avoir une très-sensible sur la durée de la douleur.

251. *Fièvre.* La plupart des malades ayant la fièvre au moment où ils étaient admis à l'hôpital, nous avons cherché à en connaître le début avec précision; et nous l'avons cru bien déterminé toutes les fois que nous avons pu fixer avec exactitude l'époque à laquelle les frissons, les alternatives de froid et de chaud avaient commencé, surtout quand les uns et les autres avaient été accompagnés, à leur naissance, de soif ou de palpitations. En calculant d'après cette base, la fièvre

vait débuté avec les premiers symptômes de la phthi-
ie et les avait accompagnés dans tout leur cours, chez
un peu plus de la cinquième partie des sujets, ou vingt-
un des quatre-vingt-quinze malades dont l'histoire
était complète sous le rapport qui nous occupe. Cinq
d'entre eux étaient des exemples de phthisie aiguë
(Obs. 55, etc.) Chez les autres, l'affection avait duré
de cinq mois à trois ans, et parmi eux on comptait plu-
sieurs exemples de phthisie simple, entre autres deux,
fort remarquables, dont il sera parlé au chapitre de
la phthisie latente. (Obs. 27, 29.) Dans dix-neuf autres
cas, la fièvre avait commencé dans la première moitié
de l'affection, à une époque plus ou moins rappro-
chée du début, chez des sujets dont la maladie, plus
ou moins compliquée, avait parcouru ses périodes
dans l'espace de trois mois à cinq ans. Chez le reste,
c'est-à-dire les trois cinquièmes des individus envi-
ron, le mouvement fébrile avait débuté dans la se-
conde période de la maladie, quelquefois à une époque
assez voisine du terme fatal; et chez tous, à la lésion
des poumons se trouvait réunie celle d'un plus ou
moins grand nombre d'organes.

252. Puisque la fièvre débutait fréquemment dans
la première moitié de la maladie, ou même dès l'ap-
parition des premiers symptômes, c'est-à-dire quand
les poumons étaient encore les seuls organes lésés, il
faut en conclure que sa principale et souvent son
unique cause était l'altération plus ou moins profonde
des poumons.

253. A part les cas de phthisie très-aiguë ou très-
chronique, il était impossible de se rendre compte
des circonstances qui accéléraient ou retardaient ainsi

le début de la fièvre ; et s'appliquer à cette recherche, comme à celle des variations d'une multitude d'autres symptômes, ce serait, selon nous, rechercher la cause de la diversité des goûts, des physionomies, de la maigreur ou de l'embonpoint des individus qui jouissent d'ailleurs d'une santé parfaite. Il faut savoir se contenter de la connaissance des faits principaux, sans chercher à se rendre compte de toutes les variations qu'ils présentent.

254. Bien que les frissons fussent un des symptômes fébriles les plus ordinaires, ils n'étaient pas constans, et manquaient dans la sixième partie des cas, seize fois sur quatre-vingt-quinze. Les malades, objet de cette exception, se plaignaient seulement d'une grande sensibilité au froid, assuraient n'avoir jamais eu de frissons avant de venir à l'hôpital, et pendant le séjour plus ou moins prolongé qu'ils y firent, ils en furent encore exempts ; ce qui, d'ailleurs, n'est pas plus étonnant que l'absence du même symptôme dans le cas d'abcès phlegmoneux, fait qui se présente assez fréquemment.

Dans la majorité des cas, les frissons revenaient tous les jours dans la soirée, rarement à une autre époque. Ordinairement uniques, ils se produisaient, chez certains sujets, plusieurs fois dans la journée, d'une manière irrégulière ; mais dans aucun cas nous n'avons observé ces deux frissons qui, d'après quelques auteurs, reviennent tous les jours à heure à-peu-près fixe.

255. Quelquefois les frissons, qui avaient lieu journellement à la même heure, incommodaient

ssez les malades pour qu'on cherchât à les supprimer. On y parvenait quelquefois, et quelquefois aussi on parvenait seulement à les diminuer ; mais alors a chaleur restait toujours plus ou moins forte, et les rissons, après avoir été suspendus ou supprimés endant un espace de temps plus ou moins considéable, reparaissaient les mêmes qu'avant l'administraion du fébrifuge. On conçoit d'ailleurs qu'à raison le l'état plus ou moins inflammatoire dans lequel se rouve fréquemment l'estomac des phthisiques, l'emloi du sulfate de quinine exige des ménagemens.

256. Les frissons étaient ordinairement suivis de haleur et de sueur. Nous disons ordinairement, car es sueurs manquaient dans plusieurs cas, chez la ixième partie des individus qui avaient des frissons. . leur tour, elles venaient quelquefois sans ces deriers, et presque constamment la nuit, au milieu du ommeil. Elles étaient si abondantes et si incommoes, chez certains sujets, qu'ils craignaient de se lirer au repos. Elles ne recevaient aucune influence e l'état des autres organes, et coïncidaient ordiairement avec la diarrhée, qui était parfois trèsrte, tandis qu'elles-mêmes étaient très-copieuses obligeaient les malades à changer une ou plusieurs is de linge pendant la nuit. En vain nous avons ultiplié les questions à dessein de savoir s'il n'y aurait as quelque correspondance entre ces deux phénoènes, s'ils ne seraient pas supplémentaires l'un de utre ; nous n'avons jamais pu nous convaincre de ce alancement de fonctions enseigné par les auteurs. ous avons bien vu, dans le cours des sueurs plus ou oins copieuses, la diarrhée devenir moins forte pen-

dant deux ou trois jours; mais elle reparaissait ensuite aussi considérable qu'auparavant, de manière que bien évidemment il n'y avait eu entre la diminution des selles et les sueurs qu'une simple coïncidence.

257. On dira peut-être que si le balancement dont il s'agit n'est pas réel chez les phthisiques, il n'en existe pas moins chez des sujets atteints d'autres maladies. Mais nous l'avons encore inutilement cherché dans les fièvres, les rhumatismes, et en général toutes les fois que l'un des deux symptômes, la diarrhée ou la sueur, survenait, l'autre existant déjà : nous n'avons pu nous convaincre qu'ils s'influençassent réciproquement, qu'ils fussent dans une dépendance mutuelle; en sorte que nous croyons pouvoir dire que si le rapport dont il s'agit existe quelquefois, c'est sans doute d'une manière accidentelle et seulement comme exception. Ce fait n'est peut-être pas sans importance, vu que la plupart des médecins considèrent le balancement des fonctions comme une donnée certaine sur laquelle ils appuient leur pratique.

258. Les sudamina qu'on observe si fréquemment à la suite des sueurs dans le cours des fièvres continues, sont beaucoup plus rares, toutes choses égales d'ailleurs, chez les sujets atteints de toute autre espèce de maladie. Nous en avons vu quelquefois chez les phthisiques, mais jamais en aussi grand nombre que dans le cours des fièvres graves; où le soulèvement de l'épiderme, qui constitue cette espèce d'éruption, est quelquefois si général, qu'on l'enlève au moyen d'un léger frottement de presque toute la surface du corps.

259. Observons que ces sueurs si copieuses indiquent un dérangement des fonctions de la peau, aussi remarquable par son degré que par sa durée; que ce dérangement, qu'il soit sympathique ou dû à une autre cause, n'en est pas moins réel, et a lieu sans altération sensible de la structure de l'organe qui en est le siége; qu'ainsi, une fonction peut être plus ou moins profondément altérée pendant long-temps, sans que l'organe qui en est chargé offre de changement appréciable dans sa texture. Remarquons encore, qu'à défaut de faits qui prouvassent d'une manière directe que le dévoiement peut avoir lieu sans lésion appréciable de la membrane muqueuse de l'intestin, cela serait à présumer, à raison de l'analogie qui existe entre des sueurs copieuses et une diarrhée plus ou moins forte. Nous ne disons pas évidemment, parce que, dans notre manière de voir, l'analogie ne peut servir qu'à indiquer de nouvelles recherches, à aller à la rencontre des faits et jamais à les suppléer; autrement, ce serait conclure de la possibilité d'une chose à son existence, ce qui est absurde.

Enfin, nous remarquerons pour ceux qui ne veulent reconnaître de cause du dérangement des fonctions que l'inflammation, qu'il serait difficile, quelque bonne volonté qu'on eût, de la croire pour quelque chose dans la production des sueurs chez les phthisiques, dont la peau reste pâle et flasque au milieu de ces énormes déperditions.

260. La *soif* présentait, comme les autres symptômes, des variations fort remarquables; manquait dans la quatrième partie des cas, était plus ou moins

considérable chez le reste des sujets; n'avait de rapport constant ni avec l'état de l'estomac, ni avec celui du canal intestinal (1), ni avec la diarrhée; était bien plus ordinairement proportionnée à la fièvre, se montrait presque toujours en même temps qu'elle, suivait ses progrès, augmentait dans ses redoublemens du soir et de la nuit; en avait été précédée de quelque temps chez un petit nombre de sujets.

261. *Appétit.* Nous verrons, en parlant des symptômes relatifs à l'estomac, les nombreuses variations de l'appétit, car il était trop fréquemment en rapport avec l'état de la membrane muqueuse de ce viscère, pour qu'il soit possible d'en parler convenablement ailleurs.

262. La *diarrhée* était si ordinaire, qu'il nous semble convenable de la considérer moins comme une complication que comme un symptôme de la maladie; et cette considération nous engage à en parler ici. Sur cent douze sujets, cinq seulement y avaient échappé. Elle offrait de nombreuses variations relatives à sa

---

(1) Dans la plupart des cas où la soif manquait, la membrane muqueuse de l'estomac était dans l'état naturel, et le dévoiement n'avait eu lieu que dans les derniers temps de la maladie, quelquefois trente, quarante, cinquante jours avant la mort : deux fois seulement il avait existé avec quelques intermittences neuf mois ou deux ans. Chez les sujets dont la soif avait été plus ou moins vive, la membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins parfaitement saine, ou n'offrait que des lésions récentes, dans un peu plus de la moitié des cas, et la diarrhée avait eu lieu dans presque tous; mais la soif la devançait d'un temps plus ou moins considérable, quelquefois de vingt mois et au-delà chez les deux cinquièmes des individus. Chez les autres sujets, elle avait débuté avec elle ou lui était postérieure en date, alors même que la diarrhée avait toujours été forte. (Obs. 4) Elle fut très-vive chez deux sujets dont la membrane muqueuse gastro-intestinale était saine, et qui n'avaient pas eu de dévoiemens.

force et à sa durée. Dans la huitième partie des cas, elle avait débuté avec la phthisie, persisté jusqu'à la mort, et duré de cinq à douze mois. Chez quelques individus qui n'ont succombé qu'après quatre à cinq ans de maladie, elle a été en quelque sorte continue pendant ce long espace de temps. Chez le plus grand nombre, elle débutait dans la seconde moitié de l'affection; chez d'autres, dans les derniers jours de la vie seulement; de manière que nous pouvons l'envisager dans deux états principaux, c'est-à-dire quand elle n'avait lieu que dans les derniers temps de l'existence, et quand elle commençait à une époque plus ou moins éloignée du terme fatal (1).

263. *Diarrhée des derniers jours.* Nous plaçons dans cette division tous les sujets chez lesquels le début de la diarrhée n'a eu lieu que du vingtième au cinquième jour qui précédait la mort. Ils formaient la quatrième partie des cas. Chez quelques-uns, ce début s'accompagnait d'un léger excès de chaleur, de frissons inaccoutumés, de coliques plus ou moins fortes. Le plus ordinairement, aucun de ces symptômes n'avait lieu. Les selles étaient généralement peu fréquentes. Dans les cas où nous avons pu examiner les matières fécales, elles étaient jaunâtres, pultacées, formaient ordinairement un liquide fort clair, dépourvu de mucus et de sang, au milieu duquel se trouvaient quelques parcelles de matière plus ou moins consistante. Leur odeur n'était pas très-fétide.

(1) L'analyse suivante ne porte que sur les quatre-vingt quinze cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'un et l'autre intestin a été examinée avec soin.

Dans tous ces cas, un seul excepté, la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin présentait quelque lésion. Chez la moitié des individus, c'était des ulcérations dans l'intestin grêle ou dans le colon, quelquefois dans tous les deux; mais, abstraction faite d'un cas pour l'intestin grêle, et de deux pour le colon, elles étaient petites et rares. Chez les quatre cinquièmes des sujets, la membrane muqueuse du gros intestin était molle comme du mucus, et presque toujours plus ou moins rouge.

264. Il y avait une correspondance exacte entre les symptômes et les lésions auxquelles on pouvait les attribuer. Car, si la diarrhée ne datait que de quelques jours à la mort des sujets, les ulcérations et le ramollissement de la membrane muqueuse du colon ne paraissaient pas plus anciens. En effet, pour ce qui est des ulcérations, elles étaient petites, le tissu cellulaire qui en faisait le fond très-mince; et à raison de leur tendance continuelle à s'élargir, et de celle du tissu qui en faisait le fond à s'épaissir, on ne pouvait que les croire fort récentes. Par rapport au ramollissement avec ou sans rougeur de la membrane muqueuse du gros intestin, nous observerons qu'il existe au même degré sur des sujets qui succombent en deux ou trois semaines à une dysenterie exempte de toute complication : que le plus ordinairement il était le résultat évident d'une inflammation qui, chez plusieurs sujets, avait marqué son début par un léger mouvement fébrile, des douleurs plus ou moins vives jointes à des selles liquides ; et que dans les cas où la douleur et les symptômes fébriles ont manqué, le début de l'affection devait

orrespondre à celui de la diarrhée, puisque autrement il faudrait admettre que la colite était presque oujours latente, ce qui est impossible. Tout indique onc que les petites ulcérations et le ramollissement n question, ou l'inflammation à laquelle on devait attribuer le plus ordinairement, étaient fort récens la mort des sujets.

S'il n'est pas possible de croire qu'une lésion aussi rave que le ramollissement pulpeux de la membrane nuqueuse du gros intestin soit presque constamment latente, on conçoit néanmoins qu'elle puisse résenter quelquefois ce caractère, et nous en avons ffectivement recueilli trois exemples. Au ramollissement se joignait, dans un des cas, une rougeur assez ive de la membrane muqueuse. Il n'y avait pas eu e douleur de ventre.

La diarrhée était moins considérable chez les sujets où il y avait ulcération sans ramollissement de la membrane muqueuse, que dans les cas où ce dernier xistait. Résultat facile à prévoir d'ailleurs par la différence de gravité des deux espèces de lésions.

265. La *diarrhée de long cours* se présentait sous leux formes principales, était continue ou rémittente.

266. La durée de cette dernière variait de quinze nois à quarante-huit jours. Ses rémissions étaient plus ou moins longues, de huit, dix, quinze ou vingt ours; les selles généralement peu nombreuses, les coliques rares. Quinze de nos malades en offraient 'exemple. — Dix d'entre eux avaient des ulcérations lans l'intestin grêle, six dans le colon; et si l'on en excepte deux cas pour l'un et pour l'autre intestin,

elles étaient petites. La membrane muqueuse du colon était extrêmement ramollie chez dix sujets, rouge et épaissie dans trois de ces cas; en sorte que cette série de malades offrait les mêmes lésions, et à-peu-près au même degré que la série précédente, dont la diarrhée n'avait débuté, pour ainsi dire, que quelques jours avant la mort. Il semble naturel, par cela même, de penser que dans les cas dont il s'agit, les lésions apparentes n'étaient que la moindre cause de la diarrhée; qu'elles ne dataient, comme chez les sujets de la première série, que des derniers jours de la vie, et qu'antérieurement à cette époque, la diarrhée était le résultat d'une simple altération de sécrétion, comme nous avons déjà dit que cela paraissait avoir lieu pour les sueurs.

267. La diarrhée longue et continue a duré d'un à douze mois, quelquefois même davantage. Elle était plus ou moins forte, ordinairement accompagnée de coliques. Dans un cas où elle s'est prolongée cinq mois (Obs. 4), il n'y avait pas moins de douze à quinze selles, et souvent copieuses, dans la journée. — Des quarante et un sujets qui l'avaient éprouvée, trente-cinq avaient des ulcérations dans l'intestin grêle, et trente et un dans le gros intestin. Douze fois les ulcérations de l'intestin grêle existaient dans toute sa longueur. Elles étaient considérables, avaient un pouce, ou environ, de diamètre, chez treize sujets, soit qu'elles occupassent toute ou seulement une partie de la longueur de l'organe. Il y avait dix-neuf cas de grandes ulcérations du gros intestin, et trente de ramollissement de sa membrane muqueuse.

Cette dernière était rouge dans dix-sept d'entre eux. Ainsi, en général, diarrhée longue et continue, ulcérations intestinales vastes et nombreuses, c'est-à-dire, lésions semblables, mais beaucoup plus prononcées et plus anciennes que dans les cas où la diarrhée avait été longue sans être continue.

268. Les grandes ulcérations existaient dans l'un et l'autre intestin sur six sujets dont la diarrhée avait été forte et continue pendant deux, trois, cinq et onze mois. Dans les autres cas, elles n'étaient considérables que dans l'intestin grêle ou le colon. Bornées à l'intestin grêle, la diarrhée n'en était ni moins longue ni moins continue ; preuve manifeste qu'on ne saurait la considérer comme l'effet exclusif des lésions du gros intestin. Toutefois, on doit admettre que ce dernier en était le principal siége chez les phthisiques, vu que sa membrane muqueuse était bien plus souvent ramollie et enflammée que celle de l'intestin grêle. Mais il serait d'autant plus singulier que les maladies du gros intestin fussent la cause unique de la diarrhée, que, dans les fièvres graves où ce symptôme est presque constant, la principale et assez souvent l'unique lésion du canal intestinal est dans l'intestin grêle.

269. Toutefois, pour annoncer avec quelque certitude l'existence d'ulcérations vastes et nombreuses, il faut non-seulement que la diarrhée ait été longue et continue, mais que les malades aient eu des selles fréquentes; car, dans plusieurs cas où cette dernière circonstance manquait, bien que le dévoiement eût existé une ou plusieurs années sans interruption, les

ulcérations étaient fort peu considérables (1). Mais nous n'avons pas recueilli d'exemple de diarrhée longue, continue, et dans laquelle les évacuations alvines étaient fréquentes, sans qu'il y eût de larges ulcérations intestinales. L'examen des matières fécales ajouterait encore à la certitude du diagnostic; car, suivant ce qui a été dit dans la première partie de cet ouvrage (143), leur couleur était profondément altérée, et leur odeur semblable à celle des matières animales mises en macération depuis quelque temps, quand les ulcérations étaient plus ou moins vastes et nombreuses.

270. Quand celles du rectum étaient petites, elles n'avaient point d'influence sur le caractère de la diarrhée. Dans le cas contraire, et surtout quand elles étaient placées près de l'anus, les évacuations alvines étaient extrêmement fréquentes, muqueuses, accompagnées d'épreintes, quelquefois sanguinolentes, et ordinairement involontaires.

Dans tous les cas, la perte des forces et l'amaigrissement étaient proportionnés au nombre et à la fréquence des selles.

271. L'*amaigrissement* débutait, chez la moitié des individus, avec les premiers symptômes de l'affection, soit qu'elle atteignît rapidement ou avec lenteur le terme fatal, dans l'espace de cinq mois à trois années, par exemple. Chez un petit nombre de sujets, il remontait à la même époque que le dévoiement ou la dimi-

---

(1) Ces faits confirment ce que nous avons dit sur les vices de sécrétion comme cause probable de la diarrhée, dans beaucoup de cas.

ution de l'appétit, bien que dans plusieurs cas la embrane muqueuse de l'estomac fût parfaitement ine, ou que ses lésions fussent récentes à l'époque e la mort. Chez la troisième partie des malades ne commençait qu'avec la fièvre : en sorte que plus ordinairement, on ne pouvait l'attribuer, son début, ni à la fièvre, ni à la diarrhée, ni à la erte d'appétit, ni à un état morbide de la membrane uqueuse de l'estomac, et qu'il fallait en chercher la remière cause dans l'altération plus ou moins pronde du parenchyme pulmonaire, qui s'opposait à régularité de la nutrition. La diarrhée une fois ablie, la maigreur faisait des progrès rapides. Le auvais état de la membrane muqueuse de l'estomac prenait aussi beaucoup de part; et à moins que uelque accident du côté du cerveau ou des poumons, ne perforation, par exemple, n'abrégeât le cours de maladie, les sujets mouraient dans le dernier degré e marasme.

L'amaigrissement peut fournir au médecin des vues tiles sous le rapport du diagnostic dans les cas de hthisie latente, c'est-à-dire quand les malades, sans prouver de symptômes locaux, sont tourmentés par ne fièvre continue plus ou moins forte, déjà ancienne, ccompagnée d'oppression et de la perte de l'embonoint. Il est rare, en effet, que dans ces circonstances es poumons ne soient pas la cause du désordre, et u'il ne soit le résultat de l'affection tuberculeuse. 'est une raison, dans les cas analogues, de recourir tous les moyens capables de faire connaître avec xactitude l'état des poumons.

272. L'amaigrissement portait d'une manière évi-

dente sur presque tous les tissus. Le cellulaire graisseux finissait par disparaître presque complètement; la peau elle-même s'amincissait. La diminution du volume des muscles n'était pas moins marquée. Il en a déjà été question pour le cœur; mais la chose était encore plus évidente pour les muscles destinés aux mouvemens volontaires. Parmi eux, les muscles plats, les temporaux, ceux qui recouvrent les parois de la poitrine, etc., etc., n'avaient pas, chez le plus grand nombre des sujets, le tiers du volume qui leur est naturel. Souvent aussi la membrane musculaire de l'estomac nous a paru amincie. Les dimensions de l'utérus étaient évidemment amoindries dans beaucoup de cas, etc., etc.

273. *La figure* n'avait point d'expression particulière. Chez les sujets naturellement colorés, elle perdait plus ou moins lentement ses couleurs habituelles. Dans quelques cas rares, sa rougeur allait toujours en augmentant, ce qui semblait tenir à quelques circonstances particulières. (Obs. 55.) Les pommettes n'étaient pas rouges dans l'absence des redoublemens, et la légère coloration qu'elles prenaient alors ne différait pas de celle qui existe dans les mêmes circonstances, dans le cours des autres affections chroniques.

Le reste de la surface du corps partageait la pâleur de la face. — Très-rarement il y avait un peu d'œdème autour des malléoles; plus rarement encore dans toute l'étendue des membres inférieurs. (Obs. 3.) Quelquefois l'une ou l'autre main et les avant-bras étaient un peu infiltrés, ce qui annonçait un épanchement de sérosité dans l'un des côtés de la poi-

ine. Mais ces symptômes n'avaient rien de propre la phthisie, et on ne les observait pas plus fréuemment dans son cours que dans celui des autres ffections chroniques.

Chapitre II.

DIAGNOSTIC.

Les symptômes locaux, l'auscultation et la percuson, tels sont les moyens à l'aide desquels on peut rriver au diagnostic de la phthisie. Mais ces sympmes, les résultats de l'auscultation et de la percuson variant aux différentes époques de la maladie, est nécessaire de distinguer, pour son diagnostic omme pour l'étude de sa marche, deux époques rincipales : l'une antérieure, l'autre postérieure à la rmation des cavités tuberculeuses.

274. *Première époque.* Dans cette période, comme ans celle qui lui correspond dans les autres maladies hroniques, le diagnostic est souvent incertain ; mais ous croyons que le rapprochement des faits peut, ans un grand nombre de cas, conduire à un assez aut degré de certitude. Nous allons rappeler les rincipaux d'entre eux.

Chez la plupart des sujets, la *toux* débute sans cause onnue ; et assez souvent il se passe un ou plusieurs nois sans qu'elle soit accompagnée de crachats. 'absence de cause appréciable et la sécheresse de la

toux sont déjà des circonstances remarquables, qui distinguent ce symptôme de son analogue dans le catarrhe pulmonaire essentiel. — Que les *crachats* s'établissent dès le commencement ou à une époque plus ou moins avancée de la maladie, ils sont ordinairement clairs, mousseux, blancs à leur début; forment par leur réunion un liquide plus ou moins analogue à de la salive; et conservent plus ou moins long-temps ce caractère; ce qui n'a pas ordinairement lieu dans le catarrhe pulmonaire simple. — Il en est encore de même pour les *douleurs* de poitrine. Elles n'existent guères dans le dernier cas qu'au milieu du sternum, tandis que chez les phthisiques où elles sont fréquentes, elles ont leur siége sur les parties latérales de la poitrine ou entre les épaules, et ont des caractères qui les distinguent des premières. Réunies aux symptômes précédens, les douleurs nous semblent établir une forte présomption en faveur de l'existence des tubercules pulmonaires. — D'un autre côté, de douze cents malades qui n'avaient éprouvé ni suppression de règles, ni commotion de poitrine, aucun, à l'exception des phthisiques, n'avait eu d'*hémoptysie*; ensorte que quand ce symptôme a lieu dans la période qui nous occupe, précédé ou suivi de douleurs de poitrine, de toux et de crachats avec les caractères indiqués, nous croyons l'existence des tubercules pulmonaires démontrée d'une manière à-peu-près certaine. Et comme la réunion de ces symptômes est assez fréquente, on voit qu'il est possible, dans bien des cas, de reconnaître la phthisie dans sa première période.

275. Souvent aussi la poitrine rend un son plus ou

moins obscur sous l'une ou l'autre des clavicules, dans une hauteur peu considérable; et comme les tubercules se développent d'une manière à-peu-près constante du sommet à la base des poumons, ce fait une fois constaté, ajoute évidemment beaucoup à la certitude du diagnostic. — En même temps que cette obscurité du son a lieu, la respiration est un peu plus faible dans le point correspondant que du côté opposé ou dans tout autre point de la poitrine; quelquefois aussi on y entend un râle muqueux, ou sonore, ou crépitant; et s'il existe au-delà, c'est dans un espace peu étendu et avec des caractères différens : de manière que l'altération du bruit respiratoire suit, comme celle de la sonoréité de la poitrine, la marche du développement des tubercules pulmonaires, se propage du sommet à la base du thorax, et confirme le diagnostic porté d'après la considération des premiers symptômes.

276. Ainsi, quand dans cette première période on trouve réunis sur un même sujet la toux sèche pendant un espace de temps plus ou moins considérable, et dans beaucoup de cas survenue sans cause appréciable, des crachats clairs ou semblables à une sorte de mucilage, des douleurs sur les côtés de la poitrine ou dans le dos, l'hémoptysie au début ou dans le cours de la toux, l'obscurité du son sous les clavicules, l'affaiblissement ou une altération quelconque du bruit respiratoire dans le même point, le reste de la poitrine étant dans l'état naturel, on doit être certain qu'il existe des tubercules à l'état de crudité dans les poumons.

La dyspnée, la diminution de l'appétit, l'amaigrisse-

ment, la sensibilité au froid, souvent les frissons, etc., qui commencent dans cette première période, confirment le diagnostic, mais ne pourraient l'établir si les symptômes dont il vient d'être question n'existaient pas.

Plusieurs de nos observations (Obs. 10, 35, etc.), et entre autres la suivante, viennent à l'appui de ce qui précède.



X. Observation (bis).

Un relieur, âgé de seize ans, d'une taille élevée, habituellement maigre, fut admis à l'hôpital de la Charité le 23 mars 1825. Il avait les cheveux noirs, la peau d'une bonne couleur, était ordinairement bien portant, très-rarement enrhumé, accusait quinze jours de maladie. Au début, et sans cause connue, sentiment de faiblesse, frissons assez violens, toux accompagnée de crachats clairs, insignifians. Ces symptômes avaient continué, la toux avait excité des douleurs à la région précordiale, et au huitième jour le malade avait craché un peu de sang. Les selles avaient été rares, la soif peu considérable, l'appétit presque nul. La faiblesse avait fait beaucoup de progrès.

Le 25 mars. Figure médiocrement animée, un peu moins toutefois que dans l'état naturel; affaiblissement assez considérable; le malade était venu avec peine à pied à l'hôpital. Toux ordinairement sèche, rarement accompagnée de crachats clairs, muqueux, aérés;

l'excitant plus de douleur à la région précordiale. La poitrine était parfaitement sonore à gauche, rendait un son obscur sous la clavicule droite dans la hauteur de deux pouces, et dans le même point il y avait un léger râle crépitant. La respiration un peu confuse en arrière dans la partie correspondante, était naturelle ailleurs. Il n'y avait point d'oppression; mais la parole devenait brève, pour peu que l'exercice en fût prolongé. Le pouls battait cent six fois par minute, était régulier; la chaleur douce le matin, forte dans le milieu du jour, accompagnée de moiteur la nuit. La langue était bien humide, d'une couleur naturelle au pourtour, un peu jaunâtre au centre; l'appétit presque nul; la soif peu considérable; le ventre indolent. Il y avait eu trois selles liquides la veille, sans coliques. Le malade était parfaitement calme, son attitude naturelle. (Viol. édul.; pot. gom.; saignée de huit onces; diète.)

La maladie marcha régulièrement; et jusqu'au 31 mai, jour de la mort, voici ce que nous observâmes. La toux fut rare dans le premier mois, et plus ou moins fréquente dans la suite; les crachats sans caractère particulier et si peu abondans qu'ils étaient presque toujours desséchés sur le crachoir. Il y eut par intervalles des douleurs à gauche ou à droite de la poitrine, mais pour peu de temps. L'oppression fut tous les jours plus considérable dans la dernière moitié du mois de mai. — Le 29 mars, il y avait beaucoup de retentissement sous la clavicule droite. Le 8 avril, la respiration y était presque trachéale, comme en arrière dans le point correspondant, et accompagnée d'un gargouillement qui se changeait en râle crépitant

deux pouces au-dessous de la clavicule. Ce râle ne s'étendait qu'à une petite distance. Du côté gauche la respiration semblait naturelle, si ce n'est en arrière et en haut, où il y avait quelques craquemens. Le 13, le retentissement de la voix était considérable sous les deux clavicules; le 28, la pectoriloquie était évidente du côté droit de la poitrine à son sommet et dans tout son pourtour; elle était douteuse à gauche. Depuis lors jusqu'au terme fatal, l'auscultation fut pratiquée plusieurs fois sans rien offrir de remarquable. — A partir du 29 mars, le son de la poitrine au-dessous de la clavicule droite devint chaque jour plus obscur, et l'espace dans lequel il avait ce caractère plus étendu.

La chaleur fut considérable dans la soirée, les sueurs nocturnes fréquentes, presque quotidiennes, sans frisson préalable.—Le 25 mars, le pouls battait quatre-vingt-quinze fois par minute; peu après et dans la suite il ne fut jamais au-dessous de cent; et, à dater du quinze mai, on comptait cent vingt pulsations par minute.

La soif fut très-modérée, l'appétit toujours faible. Les alimens consistaient en quelques crêmes de riz auxquelles on joignait parfois un œuf frais. Plusieurs vomissemens de bile eurent lieu du 11 au 12 mai, et ne se renouvelèrent pas dans la suite. L'épigastre fut toujours *indolent*, les selles rares et ordinairement un peu liquides.

Le 26 mai, la joue gauche, la main et l'avant-bras correspondans étaient plus ou moins œdémateux. Cet œdème persista en augmentant, jusqu'à la mort. Le 30 au matin, les traits étaient légèrement altérés, la

figure peignait l'effroi, ce qui provenait sans doute de la dyspnée, qui était extrême. Le malade mourut le lendemain à trois heures, n'ayant eu que fort peu de délire.

Ouverture du cadavre, vingt-neuf heures après la mort.

État extérieur. Léger œdème des membres inférieurs, de l'avant-bras et de la figure, du côté gauche. Flaccidité des membres.

La tête ne put être examinée.

Cou. Membrane muqueuse de l'épiglotte légèrement rosée, saine d'ailleurs. Ulcération à bords pâles, peu profonde, à la réunion des cordes vocales du larynx. Trachée-artère d'un rouge vif dans toute son étendue; parsemée de petites ulcérations ovalaires, d'une ligne de surface environ, faites comme par un emporte-pièce aux dépens de la membrane muqueuse, qui avait partout une consistance et une épaisseur convenables.

Poitrine. Quelques adhérences longues et épaisses au sommet des deux poumons, plus rares à gauche qu'à droite. Environ une demi-pinte de sérosité claire dans chacune des plèvres. — Le lobe supérieur droit tout entier était plus ou moins ferme, offrait à son sommet plusieurs excavations tuberculeuses qui communiquaient avec les bronches, et dont la plus considérable ne dépassait pas le volume d'une petite noix. Leurs parois étaient dépourvues de fausse membrane et formées par un tissu incomplètement opaque, homogène, d'un aspect grisâtre et verdâtre, médiocrement ferme, non grenu, cédant par la

pression un fluide de même couleur, terne et trouble. Au milieu de ce tissu qu'on trouvait dans toute l'étendue du lobe supérieur, étaient plusieurs petites excavations et beaucoup de tubercules irrégulièrement circonscrits. Il y avait quelques tubercules pareils sans excavation au sommet du lobe inférieur, dont la base était un peu gorgée de sang et offrait quelques granulations demi-transparentes. — Mêmes lésions, mais beaucoup moins considérables dans le poumon gauche. — Les bronches du côté droit étaient plus rouges que celles du côté gauche, et offraient quelques petites ulcérations. — Le cœur était d'un bon volume, et l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. Une pinte et demie de sérosité rousse et claire dans l'abdomen. — Œsophage sain, si ce n'est à son extrémité cardiaque, dans la hauteur d'un pouce ; là, ses parois étaient fort minces et très-faciles à rompre ; il avait à l'intérieur un coup-d'œil bleuâtre ; et sa membrane muqueuse amincie manquait entièrement dans la largeur d'un demi-pouce. — L'estomac était un peu volumineux, contenait une petite quantité d'un fluide trouble ; avait, comme la partie inférieure de l'œsophage, un coup-d'œil blanc bleuâtre, savoir, supérieurement et dans son grand cul-de-sac, dans une surface non interrompue, égale à celle de la paume de la main, puis jusqu'à deux pouces du pylore, dans toute l'étendue de quelques bandes de trois à quatre lignes de largeur, sur autant de pouces de long. Dans tous ces points, sa membrane muqueuse était extrêmement mince et molle comme du mucus un peu visqueux et demi-transparent. Elle manquait complètement par places. Dans les inter-

alles de cette lésion elle était un peu ramollie, sans hangement de coloration. — Le duodénum était parfaitement sain. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait la couleur et l'épaisseur qui lui ont naturelles, était un peu ramollie et présentait dans ses deux derniers tiers une quarantaine de petites ulcérations de deux à trois lignes de surface, resque toutes sur des plaques. Leur fond et leur pourtour dans une largeur de deux lignes, étaient grisâtres et formés par la tunique sous-muqueuse très-légèrement épaissie. — La membrane muqueuse du gros intestin était en contact avec des matières fécales pultacées, jaunâtres. Ramollie dans toute son étendue, surtout dans le cœcum, où elle n'avait que la consistance du mucus, elle offrait plusieurs ulcérations d'un demi-pouce ou un peu plus de surface dans le cœcum, le colon ascendant et tranverse. Les bords en étaient un peu saillans, le fond noirâtre et formé par la tunique sous-muqueuse peu épaissie. Contre la valvule-iléo-cœcale se trouvait une plaque grisâtre, partiellement ulcérée, offrant un assez grand nombre de granulations tuberculeuses, comme incrustées dans la tunique sous-muqueuse. Celle-ci était plus ou moins épaissie dans toute la longueur de l'intestin. — Plusieurs glandes mésentériques à peu près uniformément distribuées dans le mésentère, étaient inégales, plus ou moins volumineuses, rougeâtres et en partie transformées en matière tuberculeuse non ramollie. Les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel. La bile de la vésicule était noirâtre et très-visqueuse.

Cette observation est une de celles qui parlent le plus hautement en faveur de l'auscultation et de la percussion. Quand nous examinâmes le malade pour la première fois, il était au dix-septième jour d'une affection qui, au premier examen, pouvait être considérée comme un simple catarrhe pulmonaire aigu ; mais l'absence de cause appréciable, et la légère hémoptysie qui avait eu lieu au huitième jour de la maladie nous ayant engagé à pratiquer la percussion et l'auscultation avec soin, nous trouvâmes que le bruit respiratoire était altéré, faible et mêlé de râle crépitant au-dessous de la clavicule droite dans la hauteur de deux pouces, et dans ce point seulement ; que la percussion y était moins sonore que partout ailleurs : et dès-lors nous n'hésitâmes pas à considérer le malade comme phthisique, bien que l'état général et le peu de temps écoulé depuis le début de l'affection, parussent peu favorables à ce diagnostic. Bientôt il fut confirmé par la progression des symptômes, le retentissement de la voix, la pectoriloquie au-dessous de la clavicule droite ; et si l'on réfléchit à la marche que suit la nature dans le développement des tubercules pulmonaires, on conviendra que le diagnostic que nous avons porté n'était pas moins facile que rationnel. Nous n'y insisterons pas davantage, et pour ne pas détourner l'attention de l'objet principal de ce chapitre, nous nous bornerons à remarquer que le ramollissement avec aminci-

sement et, dans quelques points, la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac, ont été latens; qu'il n'y a eu de vomissement de bile qué pendant deux jours, ce qui était insuffisant pour caractériser la lésion; qu'il en a été de même pour celle de la partie inférieure de l'œsophage, etc.

Deuxième époque. Les crachats plus ou moins épais à la fin de la première époque, sont verdâtres et striés de lignes blanchâtres au commencement de la seconde. Ils n'ont pas encore de forme déterminée; mais bientôt ils deviennent encore plus épais, sont arrondis et souvent comme lacérés à leur circonférence, caractères qui sont propres aux crachats des phthisiques (226). Les douleurs de poitrine débutent ou continuent, sont quelquefois plus considérables que dans la première époque, et ont la même valeur. L'hémoptysie a lieu assez fréquemment, n'est accompagnée d'aucune circonstance particulière; en sorte que parmi les symptômes locaux, les crachats sont, jusqu'ici, les seuls qui aient un caractère différent aux deux périodes de la phthisie.

279. Dans celle qui nous occupe, les résultats de la percussion ne sont pas moins décisifs que dans la première. Nous avons vu, en effet, que chez la troisième partie des individus, le lobe supérieur de l'un ou de l'autre poumon était transformé dans toute son étendue, en tubercules, en matière grise et en excavations successivement plus petites du sommet à la base. Dans ces cas, la poitrine ne rend aucun son dans toute la partie correspondante au lobe supérieur, tandis qu'elle résonne bien dans le reste de son étendue. Ce fait pourrait, en quelque sorte, indépendam-

ment de tout examen ultérieur, caractériser la phthisie. Seul, chez des sujets peu amaigris, et dont l'affection avait marché avec lenteur, il nous a suffi plusieurs fois, pour reconnaître sans interrogatoire, sans inspection des crachats, l'existence des tubercules. L'autopsie a vérifié l'exactitude du diagnostic.

280. En même temps que les crachats deviennent plus épais et sont striés de lignes jaunâtres, la respiration est forte, rude, plus ou moins exactement trachéale sous les clavicules, dans le point correspondant à celui où l'on trouve les plus grandes excavations après la mort. Il s'y joint fréquemment un râle crépitant très-gros, quelquefois semblable au bruit de l'osier sec quand on le tord, ou à celui d'une semelle de cuir bien desséchée; ou un véritable gargouillement. Bientôt la voix retentit, puis la pectoriloquie a lieu dans les mêmes points. L'espace auquel sont d'abord limités ces différens symptômes est peu considérable; il s'étend tous les jours davantage; et dans certains cas où il y a de nombreuses excavations dans tout un lobe supérieur, la respiration est dure et plus ou moins trachéale dans tous les points qui lui correspondent. Le gargouillement et les diverses espèces de râle dont il vient d'être question, existent dans le même espace; mais leur caractère et celui de la respiration trachéale se dégradent à mesure qu'on s'éloigne de la clavicule, c'est-à-dire dans l'ordre que suivent les tubercules dans leur développement, et l'évacuation de la matière tuberculeuse ramollie; et chaque jour la pectoriloquie devient plus manifeste, sans néanmoins exister dans toute la partie du thorax qui répond au lobe supérieur.

281. Ces diverses nuances dans les caractères du ile et de la respiration trachéale, du sommet à la ase des poumons, importent beaucoup à l'exactitude u diagnostic. On doit toujours y avoir égard, non ioins qu'aux symptômes locaux dont il a été parlé. ar si la pectoriloquie et la respiration trachéale suffisent pour constater l'existence d'une excavation pulnonaire, elles n'en indiquent pas la nature; et bien ue l'erreur ne pût être fréquente, on y serait néannoins exposé, si l'on concluait de ces seuls symptômes l'existence d'une cavité *tuberculeuse* et à la phthisie. 'observation suivante en est la preuve.

XIe. Observation.

Un gagne-denier, âgé de cinquante-neuf ans, d'une aille moyenne, d'une constitution peu forte, avait e la dyspnée depuis l'enfance, et bien davantage enore depuis le début d'un catarrhe pulmonaire habiuel qui remontait à plus de dix années. Ce catarrhe liminuait pendant l'été, était fort incommode en iiver, et alors la maigreur devenait considérable. La oux et l'appétit avaient progressivement diminué lepuis six mois. Dans les quatre dernières semaines 'anorexie était devenue complète, la toux plus conidérable, la faiblesse plus marquée; le malade vait cessé toute espèce de travail. Il n'avait eu ni louleur de poitrine ni hémoptysie.

Le 30 novembre 1824, le lendemain de son admission à l'hôpital de la Charité, il était dans l'état suivant : figure pâle, infiltration légère des membres abdominaux, progression pénible et lente. Toux modérée ; crachats opaques, verdâtres, sans stries jaunâtres ; respiration presque parfaitement trachéale, sorte de gros râle crépitant sous la clavicule droite, et en arrière du même côté, à la même hauteur. Retentissement considérable de la voix, pectoriloquie imparfaite dans les mêmes points. Poitrine sonore dans toute son étendue. Pouls très-peu accéléré. Langue naturelle au pourtour, couleur café au lait au centre ; soif assez vive ; anorexie complète, ventre volumineux. On y trouvait une fluctuation obscure. Il y avait du dévoiement et des sueurs nocturnes depuis quinze jours. (Tis. de riz et de chiend. ; diasc. ; teinture de digitale en frictions; deux cr. de riz.)

Jusqu'au 19 novembre, jour de la mort, la faiblesse fit des progrès continuels; la dyspnée devint successivement plus considérable, et dans les derniers six jours les crachats ressemblaient à une purée verdâtre. Les résultats de l'auscultation du côté droit ne changèrent pas. Le 7, on entendait sous la clavicule gauche un râle muqueux, mêlé de gargouillement ; en arrière, le bruit respiratoire était très-fort et le retentissement de la voix assez considérable dans le point correspondant. Il y eut un râle ronflant très-prononcé dans toute l'étendue de la poitrine pendant les quatre derniers jours. — Le pouls devint très-accéléré.

L'anorexie fut complète ; il y eut des nausées, puis des vomissemens, et bientôt la langue finit par se sécher. Les selles devinrent tout-à-coup très-fréquentes

; 10, et continuèrent au nombre de quinze à vingt ans la journée, jusqu'à la mort.

L'assoupissement fut presque continuel pendant les uatre derniers jours, et le malade mourut à sept eures du soir.

uverture du cadavre, trente-sept heures après la mort.

État extérieur. Œdème peu considérable des memres abdominaux.

Tête. Adhérence intime de la dure-mère à la ıture sagittale. Infiltration sous-arachnoïdienne peu onsidérable. Substance corticale du cerveau un peu osée. La médullaire comme piquée de sang, et d'une onne consistance. Une cuillerée de sérosité limpide ans chacun des ventricules latéraux; un peu moins ans les fosses occipitales inférieures.

Cou. L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. a membrane muqueuse de la trachée-artère rouge ans toute son étendue, inférieurement surtout; 'ailleurs parfaitement saine.

Poitrine. Les poumons adhéraient aux plèvres dans out leur pourtour, au moyen d'un tissu cellulaire bondant. Le droit semblait transformé à son sommet, ans la hauteur de deux pouces, en un grand nombre e kystes du volume d'un pois à celui d'une grosse veline. Ces kystes prétendus, qui n'étaient autre hose qu'une dilatation des bronches, contenaient n fluide muqueux, rougeâtre, ou une matière aunâtre, opaque, et plus ou moins épaisse; étaient dossés les uns aux autres, formés par une mem-

brane mince comme la membrane muqueuse du colon, un peu rouge, très-ferme, et continue avec celle des bronches, qui étaient parfaitement saines dans le reste de leur étendue. Quelques-uns d'entre eux offraient des espèces de valvules. La même lésion existait au sommet du poumon gauche, mais dans la hauteur d'un pouce et demi seulement, et la dilatation des bronches y était moins considérable. Il n'y avait de tubercules ou de matière tuberculeuse dans aucun point. Le poumon droit était légèrement engoué, moins souple que le gauche, qui était parfaitement sain, à part la dilatation indiquée. — Le cœur avait un petit volume; l'aorte offrait quelques plaques jaunâtres un peu saillantes dans toute sa longueur.

Abdomen. Environ trois pintes de sérosité claire dans la cavité abdominale. — Estomac d'un petit volume. Sa membrane muqueuse grisâtre près du pylore, ponctuée de rouge ailleurs, amincie dans quelques points, très-molle, si ce n'est dans sa portion grisâtre, en sorte qu'on ne pouvait en former des lambeaux de plus d'une à deux lignes de longueur. — L'intestin grêle étroit, doublé d'épaisseur, très-court; sa membrane muqueuse molle comme du mucus. Celle du colon un peu épaissie dans toute son étendue, extrêmement ramollie dans l'S romaine, et seulement un peu moins consistante ailleurs que dans l'état ordinaire. — Le foie adhérait au diaphragme et son tissu était parfaitement sain. La vésicule biliaire, réduite à la grosseur d'une aveline, contenait deux concrétions noirâtres, molles, inégales, enveloppées de mucus. Ses parois avaient plus d'un millimètre d'épaisseur, ce qui était en grande

artie le résultat de l'épaississement de la membrane uqueuse. Le tissu cellulaire sous-muqueux était rt dense ; le canal cystique dans l'état naturel.

---

282. Quand nous vîmes le malade à son arrivée à hôpital, nous le crûmes atteint de quelque affection rganique de l'abdomen, et d'une phthisie extrême-ent chronique, qui n'aurait donné lieu qu'à un dé-rdre très-borné. La parfaite sonoréité de la poitrine us les clavicules nous laissa d'abord des doutes; ais l'auscultation indiquant l'existence d'une exca-tion dans le même point, nous ne pûmes nous re-ser à croire que celle-ci ne provînt de la fonte de elques tubercules; ce que semblaient d'ailleurs nfirmer la toux, la dyspnée, les crachats, et sur-ut la partie du poumon où se trouvait cette exca-tion. Nous nous sommes trompés, et nous nous mperions peut-être encore aujourd'hui si pareil t se présentait à notre observation. Toutefois, nous marquerons qu'il n'y avait eu ni hémoptysie, ni uleur de poitrine, ni crachats striés, et nous en con-rons que la *pectoriloquie dans un espace limité*, ez un sujet atteint de catarrhe pulmonaire chroni-e, et dont les crachats sont opaques, verdâtres, riformes et arrondis, ne suffit pas pour annoncer ec une certitude absolue l'existence de la phthi-; que pour cela il faut réunir aux circonstances écédentes, soit l'hémoptysie, soit des douleurs poitrine, ou une diminution de la résonnance du orax autour des points où se trouve l'excavation.

283. Sans doute les faits du genre de celui qui nous

occupe sont rares, et bien des années se passeront peut-être sans que nous en observions un autre en tout semblable ; mais il n'en est pas moins digne d'attention, puisqu'il est une preuve de la difficulté du diagnostic, dans les cas en apparence les plus faciles, et qu'il relève l'importance de quelques symptômes locaux et surtout de la percussion. Il est bien probable, en effet, comme nous l'avions pensé d'abord, qu'une affection tuberculeuse, qui aurait duré dix ans, aurait donné lieu à quelque endurcissement des poumons, et que la résonnance de la poitrine eût été altérée dans le point correspondant. (1)

284. La pectoriloquie n'existait pas toujours au niveau des excavations tuberculeuses, alors même qu'elles communiquaient avec les bronches et avaient un volume considérable. Quelquefois aussi le retentissement de la voix n'était pas très-marqué ; mais ordinairement, alors, il y avait du gargouillement, la respiration était trachéale dans un même point ; en sorte que quand ces deux symptômes existent, surtout immédiatement au-dessous des clavicules, là où se trouvent les grandes excavations tuberculeuses, ils équivalent à la pectoriloquie, et indiquent comme elle une excavation.

285. Aux symptômes précédens se joignait, dans quelques cas, le tintement métallique. Ce tintement, que nous avons observé trois fois (Obs. 1), annonce

(1) Nous n'ignorons pas, comme M. Laennec le remarque avec raison que l'endurcissement du poumon autour des excavations tuberculeuses n'empêche pas toujours la sonoréité de la poitrine; mais alors l'excavation est très-grande, le désordre très-étendu, et ce n'est plus le cas dont il s'agit. (Obs. 1, 28.)

omme l'a dit M. Laennec, une grande excavation tu-
erculeuse, remplie d'air et de liquide et communi-
uant avec les bronches. Il existe aussi, à la suite de
a perforation du parenchyme pulmonaire, par suite
e l'évacuation d'un tubercule fondu dans les plèvres
424, etc.); mais ces deux cas sont faciles à distinguer;
ar, si le tintement a lieu dans une cavité tuberculeuse,
y a en même temps pectoriloquie et respiration tra-
héale, ce qui n'est plus quand il se manifeste dans
ne autre circonstance.

Nous ne nous arrêterons pas aux symptômes gé-
éraux qui, dans aucun cas, ne peuvent suffire au
iagnostic d'une maladie locale; mais nous remar-
uerons que ceux qui annoncent les ulcérations de
'épiglotte et du larynx méritent quelque attention,
uisque, d'après ce qui a été dit dans la première
artie de cet ouvrage (60), ces lésions paraissent pro-
res à la phthisie, n'existent que chez les sujets qui
n sont atteints.

Chapitre III.

E LA PÉRIPNEUMONIE ET DE LA PLEURÉSIE DES DERNIERS JOURS.

286. Dans les cas où la *péripneumonie* était très-
rnée, aucun symptôme n'en faisait soupçonner
existence; mais quand elle occupait une certaine
endue, les malades éprouvaient, dans la plupart des

cas (les cinq huitièmes), trois, quatre, cinq jou
avant la mort, des douleurs dans un des côtés de
poitrine : en même temps le bruit respiratoire éta
faible, mêlé d'une crépitation fine, et la percussio
rendait un son obscur dans le point correspondan
Les crachats acquéraient quelquefois un peu de vi
cosité, sans avoir néanmoins le caractère qu'ils pr
sentent quand la péripneumonie a lieu chez d
sujets non affaiblis par des maladies antérieure
Toutefois, ces symptômes suffisaient pour indiquer
nature de l'accident, marquer son début, faire vo
que la péripneumonie peut se développer chez l
phthisiques parvenus au dernier degré de marasme
et que les complications, jointes à la plus extrême d
bilité, n'empêchent pas de reconnaître les maladi
intercurrentes, quand on y fait une certaine attentio

287. La *pleurésie* développée dans les derniers jou
de la vie a aussi donné lieu, dans la plupart des ca
à des symptômes capables de la faire reconnaîtr
Sept des onze malades qui offraient l'exemple de c
accident, avaient éprouvé une augmentation de dy
pnée, des douleurs assez vives dans un des côtés de
poitrine, trois, neuf, onze et dix-sept jours avant
mort. La chaleur, la soif, l'accélération du pouls
s'étaient accrues chez trois sujets. L'égophonie avait e
lieu dans deux cas, et nous l'aurions, sans doute
constatée plus souvent, s'il était toujours possib
d'examiner convenablement les malades dans les de
niers momens de leur existence. Mais il vient un
époque où la faiblesse est si grande, qu'on crai
encore d'y ajouter par toute espèce de mouvement
même communiqué, et l'on renonce à une exploratio

ii n'est pas sans danger. Quoi qu'il en soit, ici comme ns le cas précédent, les symptômes étaient assez ɔnoncés pour qu'on pût fixer avec précision le but de la maladie, et se convaincre qu'elle n'exist que depuis quelques jours au moment de la mort s sujets.

288. Si la péripneumonie, qui débute dans les derrs temps de la phthisie, marche rapidement et ıt abréger beaucoup le terme fatal, il n'en est pas même quand elle se manifeste à une époque moins ncée; les malades continuant leurs occupations, forces et l'embonpoint n'ayant pas encore beauıp diminué. Alors, en effet, elle guérit presque ıstamment, bien qu'il y ait des excavations tubereuses (1). On ne saurait en dire autant de la pleuie plus ou moins forte qui se déclare dans le ırs de la phthisie : nous ne l'avons pas vu guérir; moins complétement (une fois exceptée); lors me qu'elle survenait dans l'état de crudité des ercules. On parvenait bien à soulager les maes, à dissiper en partie l'épanchement, mais il lisparaissait pas en entier, et après un temps plus noins considérable, les malades mouraient, ayant, re les tubercules pulmonaires, des fausses memaes et un épanchement de matière variée dans des côtés de la poitrine.

(1) M. Andral fils a fait la même observation.

Chapitre IV.

SYMPTOMES DES ULCÉRATIONS DE L'ÉPIGLOTTE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

Article Premier.

SYMPTOMES DES ULCÉRATIONS DE L'ÉPIGLOTTE.

289. Des dix-huit faits de ce genre que nous avo[ns] observés, six ont rapport à des individus qui n'avaie[nt] point d'ulcérations au larynx ou à la trachée-artèr[e]. Quatre d'entre eux accusaient une douleur plus o[u] moins vive à la partie supérieure du cartilage thyroïd[e] ou entre ce cartilage et l'os hyoïde. Cette douleur ét[ait] comparée à celle que produirait une plaie, à des pic[o]temens, à une chaleur plus ou moins forte, av[ait] débuté un mois, deux mois, ou seulement quelqu[es] jours avant la mort. Dans trois de ces cas, la dégl[u]tition était gênée, bien que le pharynx et les amy[g]dales fussent dans l'état naturel : quelquefois mêm[e] les boissons revenaient par le nez. Des douze autr[es] malades qui avaient, à-la-fois, des ulcérations à l'[é]piglotte, au larynx et à la trachée-artère, quatre av[a]laient avec peine, et accusaient de la douleur da[ns] le point indiqué. Un seul rendit, pendant un cert[ain] temps, une partie des boissons par le nez.

290. Ainsi, l'exposition des faits indique comme mptômes des ulcérations de l'épiglotte, une douleur ce à la partie supérieure ou au-dessus du cartilage yroïde immédiatement, la gêne de la déglutition la sortie des boissons par le nez, le pharynx et les nygdales étant parfaitement sains. — Ce qui a lieu dans cas d'ulcération au larynx vient à l'appui de ce que us disons; car, alors, on n'observe ni la sortie des uides par le nez, ni la gêne de la déglutition, tant e l'épiglotte et le pharynx restent dans l'état naturel. ut-être, dans l'absence des symptômes propres x ulcérations du larynx, une douleur fixe à la partie périeure du cartilage thyroïde indiquerait-elle suffimment celles de l'épiglotte. Du moins on peut le ésumer par l'observation suivante, dans laquelle la uleur était à-peu-près le seul des symptômes qui us occupent.

XIIe. OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de quarante ans, d'une constiion peu forte, né de parens morts dans un âge ncé, fut admis à l'hôpital de la Charité le 18 ocre 1824. Il n'avait jamais eu que des indispons, n'était pas sujet au rhume, accusait quinze mois maladie, et toussait depuis cette époque. La toux it été sèche pendant les deux premiers mois, puis compagnée de crachats plus ou moins abondans, bientôt de dyspnée. Des douleurs assez vives s'éent manifestées trois mois après le début, dans un

des côtés de la poitrine, avaient duré quinze jours
et s'étaient encore renouvelées dans la suite à deu
reprises différentes, mais pour un peu moins de temps
Il y avait eu dans les deux dernières semaines de lé
gers maux de gorge, de l'enrouement, de la gên
dans la déglutition. Les sueurs ne s'étaient montré
que par intervalles, et il n'y avait pas eu de frisson
L'appétit avait successivement diminué. Depuis si
mois la diarrhée avait été rarement interrompue
quelquefois accompagnée de coliques, plus forte pe
dant les huit premières semaines qu'à toute aut
époque de sa durée. L'amaigrissement et la dimin
tion des forces remontaient au début des crachat
Le malade avait cessé ses travaux depuis six mois,
gardait le lit depuis deux.

Le 19 octobre, il était dans l'état suivant : figu
pâle et amaigrie; douleurs, picotemens à la part
supérieure du cartilage thyroïde; sécheresse da
cette partie; déglutition un peu gênée, bien que
pharynx et les amygdales fussent dans l'état nature
aucune sensation remarquable le long de la traché
artère. Toux médiocrement fréquente; crachats p
abondans, incomplétement opaques; poitrine p
sonore sous l'une et l'autre clavicule, surtout à droit
où l'obscurité du son s'étendait à presque toute
partie correspondante au lobe supérieur. Respirati
trachéale, retentissement de la voix sans pectori
quie dans les mêmes points, plus prononcé sous
clavicule droite que sous la gauche. Pouls accél
(quatre-vingt-dix pulsations par minute), sensibil
très-grande au froid. Appétit très-déprimé; soif p
considérable; épigastre indolent; six selles liqui

dans les dernières vingt-quatre heures, presque sans coliques. (Tis. de riz, avec le sir. de coing; diasc. avec op., 1 gr.; trois crêmes de riz.)

Les crachats devinrent tout-à-fait opaques et d'une couleur sale les jours suivans; la douleur de gorge persista au même degré ou à-peu-près, et bientôt l'anorexie fut complète.

Le 7 novembre, le dévoiement avait beaucoup augmenté; la langue était dans l'état naturel; la douleur au haut du cartilage thyroïde toujours la même; la déglutition de la salive très-pénible, la voix sans altération. Aucune espèce de malaise le long de la trachée-artère; pouls légèrement accéléré. — Le lendemain et le surlendemain, aucun changement appréciable. — Le 10, à cinq heures du matin, le malade perdit connaissance, et à l'heure de la visite nous le trouvâmes couché à droite, ayant les pupilles très-étroites, les yeux entr'ouverts, la respiration accélérée, le pouls lent, les mouvemens d'une faiblesse extrême et seulement excités par le déplacement des parties, toujours sans connaissance. Cet état se prolongea jusqu'à midi, heure à laquelle le malade mourut.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Trois petites cuillerées de sérosité rousse, un peu trouble, dans l'arachnoïde supérieure. Quelques taches sanguines à la face interne de la dure-mère, faciles à enlever, non réunies par des fausses mem-

branes. Infiltration sous-arachnoïdienne médiocrement épaisse. Une demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; un peu plus dans les fosses occipitales inférieures. Cerveau légèrement ramolli et injecté.

Cou. Œdème de la glotte, d'une ligne et demie d'épaisseur aux environs des cartilages arythénoïdes, beaucoup moindre ailleurs. — La membrane muqueuse de l'épiglotte était plus ou moins rouge, offrait quelques ulcérations à sa face linguale, avait la même couleur et un aspect brillant inaccoutumé à sa face inférieure où se trouvaient d'autres ulcérations plus ou moins profondes. Le fibro-cartilage était découvert au fond de l'une d'entre elles, et à sa partie supérieure, du côté droit, complétement détruit dans la hauteur de deux lignes. — Le larynx était dans l'état naturel ; la membrane muqueuse de la trachée-artère rouge inférieurement.

Thorax. Le poumon gauche offrait quelques adhérences celluleuses en arrière et à son sommet. Le droit adhérait dans tout son pourtour aux parties environnantes ; supérieurement, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse ; ailleurs, par un tissu cellulaire médiocrement serré. Il offrait au sommet de son lobe supérieur une excavation vaste et anfractueuse, capable de loger le poing du sujet, occupée en très-grande partie par un fluide rouge et trouble, traversée par des brides peu épaisses, tapissée par les débris d'une fausse membrane mollasse. Ses parois avaient à peine deux lignes d'épaisseur en arrière, étaient beaucoup plus épaisses en avant, et formées par une matière grisâtre et noirâtre plus ou moins

ure, demi-transparente dans plusieurs points. Le este de ce lobe était ferme, transformé en matière rise demi-transparente, en tubercules ou en petites scavations incomplétement vidées. Il y avait encore n peu de matière grise demi-transparente et quelques tubercules à l'état de crudité, au sommet des eux autres lobes. Le désordre était de même nature, ais moins considérable, du côté gauche. — Les ronches droites contenaient une matière rouge, areille à celle de la grande excavation, étaient plus paisses et plus rouges au sommet qu'à la base du oumon. — Le cœur était petit; l'aorte parsemée de aques jaunâtres dans toute son étendue.

Abdomen. Deux pintes de sérosité claire dans la avité de l'abdomen. — Estomac rétréci, contenant eaucoup de mucus très-tenace. Sa membrane mu-ueuse formait un grand nombre de plis, était génélement un peu rouge, d'une épaisseur et d'une onsistance convenable. — L'intestin grêle était fort troit, admettait avec peine l'entérotome, contenait eaucoup de mucus grisâtre. Sa membrane muqueuse ait saine, à part quelques petites granulations tuerculeuses ulcérées ou non ulcérées, qui se trouvaient ans son dernier quart, sur les plaques ou dans leur tervalle. — Le gros intestin contenait un liquide ouble, grisâtre, d'une odeur désagréable. A partir e la vulve iléo-cœcale, sa membrane musculaire était à u dans la longueur d'un pied et demi, exception faite une zone d'un pouce de large au niveau de laquelle s parois étaient saines. Ainsi à découvert, cette membrane était grisâtre, ferme, épaisse d'une ligne environ, offrait çà et là à sa surface des lambeaux de

membrane muqueuse et de tissu cellulaire adhérents par un point. Il y avait encore dans le reste de l'intestin quatre ulcérations d'un pouce et demi de diamètre, au niveau desquelles la tunique musculaire, mise à nu, avait demi-ligne d'épaisseur. La membrane muqueuse était universellement très-pâle, et très-ramollie dans l'S romaine du colon et dans le rectum. — Les glandes mésocolites du côté droit étaient arrondies, de la grosseur d'un gros pois, grisâtres et brillantes, opaques, non tuberculeuses : celles du mésentère dans l'état naturel. — Le foie avait un volume convenable, une consistance ferme, supérieure à celle qui lui est ordinaire. La vésicule était extrêmement distendue par une bile roussâtre et claire. — Les autres viscères sains.

---

291. Nous nous arrêterons peu sur cette observation qui offre un si parfait accord entre les symptômes et l'état des viscères. Les ulcérations de l'épiglotte correspondaient exactement au siége de la douleur ressentie par le malade au haut du cartilage thyroïde et expliquent la gêne légère de la déglutition. La respiration trachéale et la résonnance de la voix étaient proportionnées à la grandeur des excavations tuberculeuses. Le défaut de sonoréité de la poitrine vis-à-vis le lobe supérieur des poumons, annonçait le développement de beaucoup de matière grise et tuberculeuse dans cette partie. Si le dévoiement a été long et les selles fréquentes, le gros intestin ne pouvait guère offrir de lésions plus graves et plus étendues

Enfin, si la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine, à part un peu de rougeur, effet probable d'une lésion récente, il n'y avait eu ni nausées, ni vomissemens, ni douleur à l'épigastre.

Observons encore que ce cas est le seul dans lequel nous ayons trouvé des ulcérations à la face linguale de l'épiglotte, et la transformation des glandes lymphatiques de l'un des mésocolons en matière cancéreuse chez les phthisiques. Nous avons déjà fait cette dernière remarque au sujet des glandes du mésentère. (Obs. 4.)

292. Le fait suivant est un exemple de la destruction complète de l'épiglotte, et confirme ce qui a été dit au sujet des symptômes propres aux ulcérations de cet organe.

XIIIe. Observation.

Un jardinier, âgé de trente-trois ans, d'une taille élevée, d'un tempérament lymphatique et sanguin, d'une constitution forte, très-bien conformé, vint à l'hôpital de la Charité, le 6 septembre 1824. Il avait eu cinq années auparavant une péripneumonie à la suite de laquelle la respiration était restée parfaitement libre; et depuis une époque plus ancienne encore, il était sujet à un enrouement qui avait lieu tous les hivers. Il accusait un an de maladie et avait discontinué ses travaux depuis six semaines. Au début, toux, frissons irréguliers, crachats clairs et

rares, pareils à de la salive battue. La toux avait continué, les crachats étaient devenus un peu moins clairs et plus abondans depuis quatre mois. Le malade avait toujours été très-sensible au froid, le moindre abaissement de température lui causait des frissons; il avait eu presque constamment des sueurs nocturnes, elles étaient copieuses et la chaleur augmentée depuis six mois. Dans les trois derniers, la voix avait été plus ou moins altérée, la partie supérieure du larynx était devenue le siége d'une douleur plus ou moins vive, et depuis cinq semaines les boissons revenaient quelquefois par le nez. L'appétit avait diminué dès le début; depuis quelque temps la digestion était lente, et parfois il y avait des vomissemens au milieu de la toux. D'ailleurs, aucune sensation pénible à l'épigastre, point de douleur pleurétique, point d'hémoptysie; amaigrissement progressif dans les trois derniers mois.

Le 7 septembre, figure un peu pâle, faiblesse médiocre, sommeil rare, troublé par la toux. Enrouement; voix déchirée en quelque sorte, extrêmement voilée. Douleur entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, constante, piquante, accompagnée de chaleur et de sécheresse, augmentant par la toux, l'exercice de la parole, la flexion du cou et la déglutition: celle-ci était assez souvent difficile et provoquait le rejet d'une partie des boissons par le nez. — La toux était fréquente; l'oppression forte pendant la nuit: un petit nombre de crachats opaques, jaunâtres et verdâtres, flottait à la surface d'un liquide clair, abondant, ou en occupait le fond. Sa poitrine rendait un son clair antérieurement des deux côtés. Sous la

clavicule gauche la pression était douloureuse, l'expiration trachéale; sous la droite la respiration semblait seulement plus forte que dans l'état naturel; entre les épaules, elle était bronchique, et la voix très-retentissante. — Pouls médiocrement accéléré, chaleur convenable. — Langue et arrière-bouche dans l'état naturel; épigastre indolent. Le malade avait eu dans la soirée une selle d'une bonne consistance, et ne se plaignait que de sa douleur de gorge. (Loock, potion gommée, deux crêmes de riz.)

Il y eut une légère amélioration les jours suivans, et le 17, la douleur du cou ne se faisait sentir que pendant la toux, l'exercice de la parole et de la déglutition. L'état des crachats n'offrit rien de remarquable. La respiration était trachéale: la pectoriloquie existait sous la clavicule droite et en arrière dans le point correspondant. L'appétit était peu considérable; les selles liquides ou molles et peu nombreuses.

Le 4 octobre, la douleur était augmentée, continue; la déglutition, surtout celle des solides, très-pénible; les boissons ne revenaient plus par le nez. L'appétit se prononçait.

Il persista les jours suivans, et les autres symptômes prirent encore plus d'intensité. Le 12, le malade ne pouvait avaler que les choses liquides, le pharynx et les amygdales étant, comme de coutume, dans l'état naturel. Les crachats conservaient le même aspect, et semblaient parfois se détacher de la région du larynx. Les résultats de l'auscultation étaient les mêmes que les jours précédens; le pouls peu accéléré, les sueurs copieuses pendant la nuit; les selles

quotidiennes d'une bonne consistance. (Douze sangsues au cou.)

La douleur continua : il n'y eut de moins pendant quelques jours qu'un peu de chaleur au larynx. L'aphonie fut constante, les crachats verdâtres et épais. La diarrhée survint, continua sans interruption du 15 au 31, jour de la mort du sujet, et l'appétit tomba tout-à-coup. En même temps, l'épigastre fut sensible à la pression, le malade y accusa des douleurs pulsatives. La langue fut toujours dans l'état naturel.

Ouverture du cadavre, vingt-neuf heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme commençant.

Tête. La dure-mère offrait quelques éraillures à travers lesquelles passaient des granulations de l'arachnoïde. La pie-mère était injectée, beaucoup plus fragile que de coutume; la substance cérébrale parfaitement saine. Il y avait une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux.

Cou. La base de la langue et les parties inférieures du pharynx offraient plusieurs petites ulcérations généralement éparses, nombreuses et rapprochées dans un seul point. L'épiglotte, les ligamens latéraux et les cordes vocales supérieures du larynx étaient entièrement détruits; les inférieures ne l'étaient qu'en partie. Presque toute la surface correspondante à cette destruction avait un aspect inégal, une couleur plus ou moins rouge, et une certaine dureté. Les cartilages arythénoïdes étaient sains, et leur surface arti-

ulaire mise à nu. La membrane muqueuse de la
achée-artère avait une couleur rose tendre ; une
paisseur et une consistance convenables.

Poitrine. Les poumons ne s'affaissaient pas, étaient
olumineux, et les vésicules pulmonaires généralement dilatées. Le droit adhérait dans toute son étendue ; le gauche était parfaitement libre, offrait à son
ommet une espèce de froncement qui correspondait
une petite masse de matière grise demi-transparente,
rt dure, placée à un demi-pouce de sa surface ; et
où partait un certain nombre de rayons de même
ature. Près d'elle se trouvait une cavité tubercuuse de moyenne grandeur, garnie d'une fausse memrane, et quelques parcelles de poumon hépatisées.
lleurs, il y avait beaucoup de granulations grises
emi-transparentes, dont le nombre et le volume diinuaient du sommet à la base de l'organe. Le pouon droit offrait, dans son lobe supérieur, une excation assez considérable, communiquant avec une
tre développée dans le lobe inférieur. Toutes deux
ntenaient un fluide rouge, épais, opaque ; étaient
issées par une fausse membrane grise, ferme, demiansparente. Dans le reste de son étendue, le lobe
périeur contenait beaucoup de tubercules ramollis
de granulations grises. Ces dernières étaient nomeuses dans le lobe inférieur. — Cœur et aorte dans
tat naturel.

Abdomen. Le volume de l'estomac était augmenté,
membrane muqueuse plus ou moins rouge dans le
and cul-de-sac, grisâtre et mamelonnée dans le
ste de son étendue, si ce n'est dans une portion de
face postérieure voisine de la petite courbure. Sa

consistance était un peu augmentée là où existai
la teinte grisâtre. — Les douze dernières plaque
de l'intestin grêle offraient quelques ulcérations e
un petit nombre de granulations semi-cartilagineuses.
Ailleurs, la membrane muqueuse était parfaitemen
saine. — Celle du gros intestin était épaissie et ramollie
mais on pouvait encore en avoir des lambeaux d'une à
deux lignes. Elle n'offrait point d'ulcération. — Le foie
était volumineux et mou ; la bile de la vésicule un
peu plus épaisse que dans l'état naturel : la rate petite
et peu consistante : le reste parfaitement sain.

---

293. Ici, comme dans l'observation précédente, i
y avait des douleurs au haut du cartilage thyroïde, ou
entre lui et l'os hyoïde, et la déglutition était gênée.
Mais l'un et l'autre symptômes existaient à un degré
beaucoup plus remarquable, étaient proportionnés à
la grandeur du désordre, et absorbaient toute l'atten
tion du malade. La douleur était continue, piquante
accompagnée de chaleur, augmentait par tous le
mouvemens du cou, principalement par la déglu
tition qui devenait chaque jour plus difficile ; et pen
dant long-temps le malade rejeta une partie de ses bois
sons par le nez. La déglutition des alimens solides fu
toujours plus pénible que celle des liquides, et ell
devint absolument impossible dans les quinze der
niers jours. L'épiglotte et les cordes vocales supé
rieures étaient complétement détruites, les inférieure
ne l'étaient qu'en partie ; en sorte que la maladi
semble avoir marché de haut en bas ; que l'affection d

'épiglotte a sans doute été simple pendant un certain
emps; qu'à son début la douleur et la gêne de la dé-
lutition en dépendaient probablement d'une manière
xclusive, et que dans la suite la dysphagie n'aura
as eu d'autre cause.

294. La progression des symptômes a été lente et
ontinue; et comme nous ignorons si l'épiglotte est
lus nécessaire à la déglutition des solides qu'à celle
es liquides, il est impossible de décider si sa des-
uction a été complète les quinze derniers jours
ulement ou à une époque plus éloignée. D'ailleurs,
sujet n'avait point eu de maladie vénérienne; et
'après ce que nous avons dit antérieurement, sur-
ut dans le résumé de la première partie, la ten-
ance aux ulcérations est assez grande chez les
thisiques, pour qu'il soit inutile, dans le cas dont
s'agit, de recourir à une autre cause qu'à la maladie
incipale.

295. L'observation suivante est encore un exemple
rt remarquable des symptômes que nous examinons.

XIVe. Observation.

Un fabricant de fleurs, âgé de dix-huit ans, d'une
nstitution un peu délicate, vint à l'hôpital de la
arité le 23 décembre 1824. Il était convalescent,
puis dix-sept mois, d'une prétendue hydropisie
cite qui avait nécessité à son début l'application
soixante-quinze sangsues à l'abdomen, et pour la-

quelle il avait gardé le lit pendant une année, sans avoir eu de douleur de ventre, de fièvre, et presque sans diminution de l'appétit. Ses forces s'étaient rétablies avec lenteur, et il n'avait pas recouvré complètement son embonpoint. Cinq mois avant d'entrer à l'hôpital, hémoptysie légère pendant cinq jours, suivie, sept semaines après, de toux, de crachats, d'oppression, et bientôt de sueurs nocturnes quotidiennes. L'appétit persista, les selles furent régulières; le malade n'avait discontinué ses travaux que depuis sept jours, quand il fut soumis à notre observation.

Le 24 décembre 1824, pâleur universelle, diminution marquée des forces, amaigrissement peu considérable. Oppression modérée, toux peu fréquente, crachats clairs, légèrement visqueux; poitrine sonore, si ce n'est dans la hauteur de deux pouces au-dessous de la clavicule gauche immédiatement, où elle ne rendait qu'un son obscur. Dans le même point, la respiration était bruyante, il y avait un râle sonore et une légère douleur. Sous la clavicule droite, râle pareil, mais plus faible, et nulle part on n'entendait la respiration trachéale, la pectoriloquie, ou le retentissement de la voix. Le pouls était médiocrement accéléré, la chaleur douce, les sueurs copieuses, universelles pendant la nuit, sans frissons préalables. La langue était pâle, blanchâtre; l'appétit un peu moindre qu'en santé; la soif dans l'état naturel; les selles régulières. (Tis. pector.; pot. g.; quart de portion.)

Le 1er. janvier, douleur vive au niveau et à gauche de l'os hyoïde, accompagnée d'un sentiment d'ardeur très-prononcé, augmentant par la toux, la pressi

extérieure et la déglutition : celle-ci était gênée, bien que les amygdales et le pharynx fussent dans l'état naturel. Le lendemain, elle était plus difficile encore, et les boissons revenaient en partie par le nez. Depuis ce moment jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant l'espace de trois mois et demi, ces symptômes persistèrent et n'offrirent que de légères variations : le malade ne put boire que par gorgées, rendit fréquemment quelques gouttes de tisane par le nez ; la déglutition des solides et des liquides fut également pénible ; la douleur, qu'elle exaspérait, fixait toute l'attention du malade, qui bien rarement se plaignait d'autre chose. Une double application de sangsues au cou, les 9 et 11 janvier, n'eut aucun succès ; il en fut de même d'un vésicatoire, posé quelques jours après vis-à-vis le point douloureux.

La voix offrit un commencement d'altération le janvier. Le 25, l'aphonie était complète, elle persista jusqu'à la mort, et dans les derniers mois de l'existence la douleur de l'os hyoïde s'étendit à la portion inférieure du larynx.

L'oppression fut généralement considérable, la respiration fréquente pendant les deux derniers mois. A partir du 9 janvier, il y eut quelques crachats pelotonnés ou lacérés, au milieu d'un liquide plus ou moins clair et abondant. Le même jour, l'obscurité du son existait dans une plus grande étendue, était plus marquée sous la clavicule gauche qu'à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital : on y entendait quelques craquemens, et au-dessous la respiration était fort obscure. Elle était trachéale, et l'air semblait s'introduire dans le stéthoscope, pendant l'exercice de la pa-

role, sous la clavicule droite. Le 13 février, ce double phénomène existait des deux côtés; la respiration était faible, la poitrine rendait un son un peu obscur à gauche. A la fin de février il y eut quelques crachats striés. Le 4 avril, plusieurs d'entre eux étaient colorés d'une teinte rose très-faible. Le 5, le malade ayant été seul au jardin, eut une légère hémoptysie. Elle fut promptement suspendue.

Le 9 janvier, le pouls battait quatre-vingt-cinq fois par minute; le 17, cent fois. Il fut plus ou moins accéléré dans la suite. Dans les deux derniers mois, la chaleur était plus ou moins forte, les sueurs quotidiennes, universelles et copieuses, sans frissons préalables.

La langue fut quelquefois blanchâtre, jamais rouge; l'appétit ordinairement développé, la digestion facile; le malade était de fort mauvaise humeur quand on le mettait à la diète. Le dévoiement débuta au milieu de janvier, fut presque continu, était considérable à la fin de février et au commencement de mars. Il y eut parfois des nausées au milieu de la toux.

Les forces tombèrent assez rapidement; et néanmoins, comme nous l'avons vu, le malade descendit seul au jardin, huit jours avant sa mort. Il n'eut d'inquiétude sur sa position que par intervalles.

Dans la soirée du 11 avril ses traits offrirent une altération assez profonde, sa respiration devint plus embarrassée, puis il perdit connaissance, et le lendemain matin, à cinq heures, il expira.

La tisane pectorale fut remplacée par l'eau de riz dès le début de la diarrhée: bientôt on y ajouta du diascordium avec ou sans opium; le malade le prenait

ans répugnance. Il ne mangeait que quelques crêmes le riz quand la diarrhée était considérable ; autrement l était au quart ou au demi-quart de portion.

Ouverture du cadavre, vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Rien utre chose de remarquable.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu épaisse ; uelques granulations miliaires, nées de l'arachoïde, près la scissure médiane ; une cuillerée de érosité dans chaque ventricule latéral ; cerveau médiocrement consistant ; sa substance corticale d'une ouleur rose violette, inférieurement surtout.

Cou. L'épiglotte était rétrécie, avait une ligne d'épaisseur près de son pourtour. La membrane muqueuse qui recouvre sa face inférieure, était détruite ; tissu sous-muqueux correspondant, épaissi et d'un se tendre ; les cordes vocales supérieures ulcérées rofondément, les inférieures, d'une manière superficielle. Les cartilages arythénoïdes parfaitement sains, leur base à découvert. Au-dessous des cordes voles et dans la hauteur d'un pouce, la membrane muqueuse de la trachée-artère avait une couleur pelure ognon pâle, était un peu épaissie et criblée de etites ulcérations. Près de sa bifurcation, elle était us rouge et offrait, sur sa portion charnue, deux cérations d'une à trois lignes de diamètre.

Poitrine. Adhérences universelles des poumons à ur sommet, au moyen d'une fausse membrane se-

mi-cartilagineuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur, et dans le reste de leur étendue, par un tissu cellulaire plus ou moins serré. Excavation très-anfractueuse au sommet du lobe supérieur gauche, étendue jusqu'à la scissure interlobulaire, du volume d'un œuf d'oie, contenant un fluide rouge, épais et trouble; tapissée par une sorte de détritus tuberculeux, dépourvue de fausse membrane. Ses parois étaient minces en arrière, dures et épaisses à leur partie antérieure, presque uniquement formées, dans le premier sens, par l'espèce de calotte semi-cartilagineuse indiquée plus haut, et dans le second, par le développement d'une grande quantité de matière grise et noirâtre, plus ou moins demi-transparente, qui occupait avec un assez grand nombre de tubercules, et quelques abcès tuberculeux, la presque totalité du reste du lobe. Au sommet de l'inférieur se trouvait une petite excavation très-inégale, contenant un fluide semblable à celui de la grande cavité, puis un certain nombre de granulations grises et jaunes. Les mêmes lésions existaient, mais bien moins étendues à droite. — La membrane muqueuse des bronches éta[it] d'un rouge assez vif, et offrait quelques ulcération[s] du côté gauche seulement. — Le cœur et l'aorte, dan[s] l'état naturel.

Abdomen. Sa paroi antérieure adhérait au gran[d] épiploon et aux intestins par un tissu cellulaire cou[rt] et serré, mais facile à rompre. L'estomac avait u[n] volume médiocre; sa membrane muqueuse était roug[e] et ramollie dans une portion du grand cul-de-sac grisâtre près du pylore, blanche, mamelonnée [et] d'une bonne consistance ailleurs. Près de la gran[de]

courbure, à deux pouces du pylore, il y avait une ulcération de six lignes de diamètre, dont les bords étaient formés par la membrane muqueuse ramollie, rouge, renversée, et le fond par la tunique sous-muqueuse inégale et doublée d'épaisseur. — Le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle contenait beaucoup de mucus dans sa première partie, puis un liquide trouble et grisâtre. Les ulcérations y étaient nombreuses, existaient dans toute sa longueur, plus considérables à sa partie moyenne qu'à ses extrémités. Elles avaient de demi-pouce à un pouce de surface dans leur maximum, le plus ordinairement deux à trois lignes de diamètre, se trouvaient sur les plaques, étaient noirâtres, à bords plats, quelquefois relevés par des granulations tuberculeuses. Le tissu sous-muqueux était un peu épaissi à leur niveau; la membrane muqueuse sensiblement ramollie dans leurs intervalles. —Il y avait dans les différentes parties du gros intestin des ulcérations, dont les plus grandes avaient deux pouces de surface, et se trouvaient dans le cœcum et dans le colon ascendant. Leur structure était la même que celle des ulcérations de l'intestin grêle, à part quelques petites granulations grisâtres qui se trouvaient à leur centre, et le manque de tubercules à leur pourtour. Plusieurs ulcérations, placées dans le voisinage de l'anus, avaient la largeur d'une pièce de vingt ou de trente sols. — Les glandes mésentériques et mésocolites n'offraient rien de remarquable. — Le foie était un peu mou, d'une couleur inégale, pelure d'oignon ou rouge foncé; la bile dans l'état naturel. — La rate avait sept pouces de haut sur cinq de large, et une consistance

très-ferme; son tissu était d'un rouge violet uniforme, d'un aspect gras et luisant, n'offrait de distinct que quelques orifices de vaisseaux et des filamens blanchâtres fort ténus. — Le reste sain.

---

296. Les symptômes indiqués comme propres aux ulcérations de l'épiglotte, la douleur au-dessus du cartilage thyroïde; la gêne de la déglutition, la sortie des boissons par le nez, existaient ici à un degré fort remarquable, et nous permirent de reconnaître, peu après leur début, quelle était la nature de l'affection. Pendant trois mois et demi ces symptômes furent continus, n'offrirent que de légères variations en plus ou en moins, et, comme dans l'observation précédente, ils fixaient à-peu-près exclusivement l'attention du malade. L'altération de la voix suivit de près leur début; en sorte que la double maladie du larynx et de l'épiglotte paraît avoir commencé en quelque façon à la même époque.

297. Quant au diagnostic de l'affection principale, il convient de remarquer qu'au moment où le sujet fut admis à l'hôpital, il ne toussait que depuis trois mois; que ses crachats n'offraient alors rien de caractéristique; qu'il n'y avait ni retentissement de la voix, ni pectoriloquie; que la maigreur était peu considérable, et que tout cela était insuffisant pour reconnaître la nature de la maladie. Mais la poitrine rendait un son obscur sous l'une des clavicules, c'est-à-dire dans le point où commence le développement des tubercules; le malade avait eu une hémoptysie

deux mois avant la toux, et nous n'hésitâmes pas le considérer comme phthisique.

298. Le renversement des bords de l'ulcération de estomac doit être remarqué, en ce que c'est le seul ait de ce genre qui se soit offert à notre observation. Dans les cas analogues, la membrane muqueuse était, comme nous avons vu, coupée d'une manière nette, et conservait dans tout son pourtour son mode d'union avec le tissu sous-muqueux.

Le malade avait été atteint, deux ans et demi avant la mort, d'une affection qu'il croyait une hydropisie ascite ; mais les adhérences universelles du péritoine montrent assez que cette maladie était une péritonite, et le traitement employé est d'accord avec cette manière de voir.

Article II.

SYMPTOMES DES ULCÉRATIONS DU LARYNX.

299. Ces symptômes variaient d'après le siége, l'étendue et la profondeur des ulcérations. De cinq malades, chez lesquels on n'en trouvait qu'à la réunion des cordes vocales, un seul eut la voix altérée du soixantième au vingtième jour qui précéda sa mort; après quoi l'aphonie fut complète, et il y eut quelques douleurs au larynx. Les quatre autres n'éprouvèrent qu'un peu de sécheresse et d'ardeur à la gorge pendant les dernières semaines de leur existence.

Dans neuf cas où les ulcérations étaient petites, superficielles, situées à l'intérieur des ventricules, entre les cartilages arythénoïdes, ou sur les cordes vocales inférieures, il y eut de l'enrouement, une altération plus ou moins marquée de la voix, de la chaleur, des picotemens au larynx; puis la voix s'éteignit plus ou moins complètement. Ces symptômes étaient peu prononcés, et à part l'enrouement, ils manquaient chez deux des malades. Dans trois cas, celui-ci avait débuté huit jours, et dans les autres, six à huit mois avant la mort. La douleur avait eu à-peu-près la même durée. L'aphonie n'avai existé que chez deux sujets.

Les mêmes symptômes, mais à un degré bien plu remarquable, eurent lieu dans les huit cas où les ul cérations du larynx étaient profondes, et les corde vocales plus ou moins complètement détruites. Il débutaient d'un à cinq mois avant la mort. L'en rouement précédait la douleur d'une ou plusieu semaines, quelquefois de plusieurs mois. L'aphoni se déclarait vingt ou trente jours, un mois, deu mois et davantage encore avant le terme fatal. L douleur (nous parlons des cas où il n'y avait pas d'u cération à l'épiglotte) était quelquefois très-vive, pi quante, lancinante, accompagnée de chaleur. U des malades la comparait à celle qui serait produit par une plaie, et il était maintenu dans cette idé par l'existence de quelques filets de sang qu'il obse vait assez fréquemment au milieu des crachats. Cet douleur était augmentée par la toux et par l'exercic de la parole, n'était pas toujours la même, et disp raissait quelquefois entièrement pour un petit nom

bre de jours. Chez cette série de malades la toux avait un caractère particulier, était comme déchirée ou sifflante ; la déglutition s'opérait sans peine, à moins que l'épiglotte ne fût plus ou moins profondément ulcérée.

300. Ainsi, quelle que fût la variété de l'ulcération du larynx, les symptômes étaient de la même nature ; mais ils offraient les plus grandes différences sous le rapport de la force et de la durée. L'enrouement existait dans les quatre cinquièmes des cas. La douleur manquait assez souvent quand les ulcérations étaient superficielles ; elle était constante et plus ou moins continue dans le cas contraire. Il en était de même de l'aphonie : en sorte que nous pouvons regarder comme symptômes d'une ulcération superficielle du larynx, une douleur peu considérable et de quelque durée dans cette partie, jointe à une altération plus ou moins marquée de la voix ; tandis qu'une douleur vive, continue et souvent très-forte, puis l'aphonie pendant un ou plusieurs mois, indiquent de profondes ulcérations (1).

(1) Nous n'avons pas cru nécessaire d'exposer ici des faits particuliers, ceux qui sont répandus dans le cours de l'ouvrage suffisant pour montrer l'exactitude de notre description.

Article III.

SYMPTOMES DES ULCÉRATIONS DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

301. Quelque nombreuses que fussent ces ulcérations, elles ne donnaient ordinairement lieu à aucun symptôme. Un seul des malades chez lesquels la membrane muqueuse de la trachée-artère était détruite dans toute sa portion charnue, accusa, longtemps avant la mort, le sentiment d'un obstacle placé au-dessus et derrière le sternum, et bientôt il s'y joignit un peu de chaleur. Un certain nombre d'individus se plaignaient de douleur au larynx, quoiqu'il n'y eût point d'ulcérations dans cette partie, que les plus considérables de la trachée-artère fussent voisines de sa bifurcation, et qu'il n'en existât que de fort petites dans sa partie supérieure. Il y eut des accès de dyspnée plusieurs jours de suite dans un cas; mais ils cédèrent promptement à l'application d'un vésicatoire au cou. Dans les autres, alors même que le désordre était considérable, les malades se couchaient à plat, sans éprouver plus d'étouffement que ceux chez lesquels les ulcérations dont il s'agit n'existaient pas (1). Les crachats n'offraient aucun caractère propre à cette lésion ; de manière que les seuls

(1) Les accès de dyspnée ont été mis, comme on sait, au nombre des symptômes des ulcérations de la trachée artère.

mptômes que nous puissions lui attribuer, sont ceux prouvés par la malade qui fait l'objet de l'observation uivante, le sentiment d'un obstacle et celui d'un peu e chaleur derrière la partie supérieure du sternum.



XVe Observation.

302. Une fille âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, grande, forte, non ujette au rhume, n'ayant pas eu de maladie grave, prouvait depuis six mois la plupart des symptômes e la phthisie. Les crachats et la dyspnée avaient débuté avec la toux; des sueurs nocturnes s'étaient établies depuis quelque temps; il y avait eu un peu de iarrhée par intervalles; l'appétit s'était maintenu. ependant la malade avait maigri dès les premiers urs du *rhume*. Elle n'avait eu ni hémoptysie, ni ouleur de poitrine, quand elle fut prise, sans cause ppréciable, d'un tremblement violent, bientôt suivi e chaleur, de douleur au côté droit, et d'une dyspnée trême. Ces symptômes persistèrent, et au onzième ur de leur début la malade fut admise à l'hôpital e la Charité, le 9 décembre 1822.

Le lendemain, figure animée, céphalalgie sus-ortaire, fatigue dans les membres et dans les reins. ouleur entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, églutition difficile, un peu d'enrouement. Douleur ontinue, piquante, au côté droit de la poitrine, augentée par la toux et par la pression, accompagnée

d'une chaleur locale assez forte : dyspnée extrême ; décubitus très-élevé. Respiration rude, comme bronchique, sous les clavicules, trachéale en arrière et latéralement dans la moitié inférieure du côté droit. Égophonie ; son mat dans le même point. Toux fréquente, comme déchirée ; quelques crachats louches et faiblement aérés, d'autres complètement opaques, épais et striés de lignes blanches. Pouls vif, médiocrement plein, à cent pulsations par minute ; chaleur modérée. Langue un peu rouge au pourtour, blanchâtre au centre. Rougeur au pharynx, sentiment de sécheresse dans cette partie ; soif modérée ; anorexie ; parfois nausées au milieu de la toux ; constipation. (Saignée de douze onces ; tisane de chiendent miellée nit. ; pot. gom. ; lav. émol. bis.)

Le lendemain et le surlendemain, nouvelles saignées, application de vingt sangsues au côté douloureux sans amélioration. Le 13, vésicatoire de cinq pouces sur le même point ; et à la visite du 14, diminution de presque tous les symptômes, pouls moins accéléré ; persistance de l'état de la voix et des douleurs du cou.

L'amélioration fit de nouveaux progrès les jours suivans ; l'égophonie disparut ; on ne l'entendait pas le 3 janvier. Alors, la pectoriloquie était manifeste entre l'épaule et la colonne vertébrale du côté droit ; elle était douteuse à gauche. Il y avait eu deux accès de dyspnée pendant la nuit. Quelques jours après nous entendîmes de nouveau l'égophonie. Le 28 février, la poitrine ne rendait aucun son sous la clavicule droite ; on n'y entendait pas non plus le bruit de la respiration ; la dyspnée était considérable. le d

ubitus élevé. Ces symptômes persistèrent jusqu'à la ort, qui arriva le 21 mars.

Le pouls fut plus ou moins accéléré; la chaleur ariable; forte le soir et pendant la nuit. Il y eut des issons irréguliers presque tous les jours, et des sueurs octurnes, fréquemment accompagnées de sudamina.

La douleur fixée entre le cartilage thyroïde et l'os yoïde, fut toujours plus ou moins forte; l'altéra-ion de la voix constante et l'aphonie complète les ingt derniers jours. Il y eut un peu de rougeur sans onflement au pharynx, et la déglutition, d'abord ênée, puis libre, ne redevint difficile que dans les ernières semaines. — A ces accidens se joignit, le o janvier, un nouveau symptôme: la malade se plai-ait de sentir depuis quelques heures, derrière et mmédiatement au-dessus du sternum, un obstacle ui excitait parfois des mouvemens de déglutition; 'ailleurs, ni picotement ni chaleur dans cette partie. a douleur de gorge n'existait plus. La même sen-ation persista pendant plusieurs semaines, et, le 7 vrier et jours suivans, il y eut pendant l'inspi-ation une douleur assez vive tout le long de la tra-ée-artère.

A cette même époque, des symptômes cérébraux nonçaient une nouvelle complication. Le 11 février, malade eut des étourdissemens, beaucoup de cé-halalgie, et perdit connaissance pendant quelques inutes. Il n'y eut pas de paralysie, mais la cépha-lgie persista, et le lendemain les étourdissemens écidivèrent. Le 28, sentiment de meurtrissure au ôté droit de la face. Le 2 mars, la bouche était tirée gauche, le bras droit très-faible; la cuisse corres-

pondante conservant toute sa force. Bientôt tout le côté droit fut également débile, et les membres supérieurs et inférieurs successivement atteints de douleurs, d'engourdissement et de froid. L'œil droit fut le siége de picotemens désagréables, puis d'une sensation de chaleur. La pupille droite, qui avait d'abord été la plus large, devint très-étroite. Le 8, au moment où elle riait avec ses voisines, la malade perdit connaissance pour quelques minutes. Le lendemain, à l'heure de la visite, les symptômes cérébraux ne nous parurent pas augmentés. Le 16, affaissement assez considérable, paralysie presque complète du côté droit, langue tirée dans le même sens. Le 19, la malade ne pouvait parler, et indiquait par des gestes ce dont elle avait besoin. Il y eut du délire pendant la nuit, et de l'agitation dans la journée du 20. Le délire reparut la nuit suivante. Le 21 on observa des alternatives de roideur et de mouvemens spasmodiques dans le bras droit, et par intervalles un peu de roideur dans celui du côté gauche. Cet état se prolongea jusqu'à quatre heures du soir, après quoi la respiration devint râlante et l'agonie commença. La mort eut lieu à minuit.

L'appétit, qui s'était prononcé dans les premiers jours, disparut assez promptement. La malade éprouva, pendant une partie du mois de février, des douleurs à l'épigastre et dans la fosse iliaque du côté droit. De loin en loin il y eut quelques nausées. Dans la suite, le sentiment du besoin ne se réveilla que par intervalles et d'une manière faible. Le 7 février, la langue était un peu rouge et couverte d'un grand nombre de petites plaques couenneuses faciles à enlever, et qui

renouvelèrent encore dans les premiers jours du
ois de mars. Le 12, la langue était dans l'état na-
rel, il y eut des nausées et des vomissemens de bile.
La diarrhée exista pendant la presque totalité du
jour de la malade à l'hôpital, mais faible, quelque-
s accompagnée de coliques et d'épreintes.

On ordonna, suivant l'indication, une tisane adou-
ssante, la décoction blanche ou la tisane de riz, et
s pédiluves synapisés. Au début des symptômes
rébraux on appliqua des sangsues à la vulve.

uverture du cadavre, trente-cinq heures après la mort.

État extérieur. Deuxième degré de marasme : rien
re chose de remarquable.

Tête. Les os du crâne étaient très-épais. A la partie
yenne et supérieure de l'hémisphère gauche, sous
achnoïde, dans une étendue de quatre pouces carrés,
trouvait une matière jaune concrète, membrani-
ne, d'une ligne d'épaisseur, qui semblait développée
s la pie-mère. Le cerveau était un peu mou, sans in-
ion. Il y avait une cuillerée de sérosité dans chaque
tricule latéral. La moitié inférieure de la cloison
t ramollie, pulpeuse, et ses débris flottaient au
eu de la sérosité des ventricules.

ou. La membrane muqueuse qui recouvre la face
rieure de l'épiglotte était entièrement détruite; la
le vocale supérieure du côté gauche superficielle-
t ulcérée; celle qui lui correspondait à droite
presque entièrement disparu, l'inférieure était
ns profondément altérée. La membrane muqueuse

18

qui revêt la portion molle de la trachée-artère n'existait plus : les fibres musculaires correspondantes étaien à découvert et plus ou moins épaissies dans la presqu totalité de leur étendue. Dix cerceaux cartilagineu étaient dénudés, et la membrane muqueuse semblai avoir été enlevée comme par un emporte-pièce à leu niveau. Ce qui en restait avait peu de consistance e une couleur rose faible.

Poitrine. Le poumon droit adhérait à son sommet au moyen d'un gros cordon membraneux. Au-dessou il était revêtu par une fausse membrane d'une lign d'épaisseur environ, d'un aspect onduleux, qui recou vrait aussi les plèvres diaphragmatique et costale, contenait deux pintes d'une sérosité claire. Son lob supérieur offrait deux cavités du volume d'une noi presque entièrement vides, communiquant avec l bronches, et plusieurs tubercules ramollis. Ses de autres lobes contenaient beaucoup de granulatio grises. Le poumon gauche offrait à sa surface des bo selures causées par des tubercules, et à son somm quelques excavations moins considérables qu'à droit Son lobe inférieur était seulement un peu engoué. Le péricarde contenait cinq à six onces de séros sanguinolente ; le cœur était fort mou, d'un volu médiocre, d'un rouge livide foncé : l'aorte saine.

Abdomen. Foie gras et volumineux. Bile de la vé cule médiocrement épaisse, brunâtre. — Membra muqueuse de l'estomac couverte d'une médio quantité de mucus épais et visqueux, ramollie et rou par intervalles dans le grand cul-de-sac, parfaitem saine trois pouces avant le pylore, amincie et ma lonnée ailleurs. — Duodénum dans l'état naturel.

ınd nombre de granulations miliaires jaunâtres et nchâtres au-dessous de la membrane muqueuse de testin grêle, dans ses quatre premiers pieds; rares ıuite, nulles dans le dernier tiers. Ulcérations de yenne grandeur dans toute l'étendue de l'intestin, ːantes de trois à huit pouces les unes des autres, semées de granulations tuberculeuses. Leur fond tt noirâtre, la membrane muqueuse un peu décol- ιet épaissie au pourtour de la plupart d'entre elles. : dernière ulcération, beaucoup plus considérable · les autres, empiétait sur la valvule iléo-cœcale aisait tout le tour de l'intestin. La tunique mus- ııre était épaissie et à découvert à son niveau. — Il ıı avait plusieurs dans les différentes parties du ; intestin, dont la membrane muqueuse était ıche et molle comme du mucus. Elles finissaient s le rectum à trois pouces de l'anus. La dernière ıait un anneau complet de quatre lignes de lar- r. — Toutes les glandes mésentériques étaient que également volumineuses et transformées en ıère tuberculeuse non ramollie. Quelques-unes méso-colites avaient subi la même transformation. ·es autres viscères sains.

ɔ3. Malgré leur nombre, les lésions qui viennent ·e décrites ont donné lieu, chacune en particu- , aux symptômes qui leur sont propres. La phthisie les siens; ceux de la pleurésie ont été très-pro- ɔés. Il en a été de même pour l'état pathologique ·erveau et de ses annexes. Les ulcérations de l'épi-

glotte étaient indiquées par le siége de la douleur a
dessus et au niveau de la partie supérieure du car
lage thyroïde, celles du larynx, par l'altération de
voix, puis l'aphonie. Enfin, l'embarras éprouvé p
la malade en haut et derrière le sternum, puis
douleur tout le long de la trachée-artère au mome
de l'inspiration, pouvaient faire soupçonner da
cette partie une lésion plus ou moins grave. Nous v
rons dans un instant que ce dernier symptôme a enc
existé dans des cas où la membrane muqueuse de
trachée-artère offrait seulement une rougeur plus
moins vive avec un léger excès d'épaisseur; et c'
une nouvelle raison de lui attacher quelque imp
tance dans le diagnostic de l'affection qui nous
cupe. La dyspnée fut considérable; mais l'état
poumons et de la plèvre du côté droit en rend l'
plication trop facile et trop naturelle, pour que n
puissions l'attribuer à l'ulcération de la trachée-artè
Remarquons d'ailleurs que cette dyspnée a paru
même temps que la pleurésie, c'est-à-dire à
époque à laquelle on peut raisonnablement croire
la lésion dont il s'agit n'existait pas.

L'anorexie, les nausées, la douleur à l'épigast
répondaient assez exactement à l'état pathologi
de la membrane muqueuse de l'estomac. La diarr
ne fut pas considérable, mais elle existait depuis n
mois, rarement interrompue, et les ulcérations in
tinales, sans avoir de grandes dimensions, n'éta
pas non plus très-petites, et étaient très-nombreu
dans l'intestin grêle surtout. Les épreintes éprou
par la malade pouvaient, quoique peu fatiguantes, f
prévoir une lésion de la membrane muqueuse du

n, et nous avons effectivement vu qu'elle était le ge de quelques ulcérations, parmi lesquelles s'en uvait une très-remarquable par sa forme annu-e. On peut donc, comme nous l'avons déjà observé, onnaître, en certains cas, la plupart des complica-s qui se manifestent dans les maladies de long rs, même quand la faiblesse est déjà considérable. e désordre de la trachée-artère a été plus considé-ée encore chez le sujet de l'observation suivante dans le cas dont il s'agit, sans avoir donné lieu à un symptôme appréciable.

XVIe. Observation.

04. Un tailleur, âgé de vingt-quatre ans, d'une titution faible, rarement enrhumé, reçut, en , un coup de pied de cheval dans la région du s. Une tumeur se développa dans cette partie, ne marche lente, s'ouvrit enfin spontanément, nna lieu à une fistule alternativement ouverte et ée depuis neuf ans. Des douleurs s'étaient fait r au haut des cuisses et gênaient beaucoup la ression depuis cinq semaines, quand le malade dmis à l'hôpital de la Charité le 16 février 1824. ussait, crachait, avait eu quelques légères hé-ysies depuis neuf mois. Dans les deux derniers, ectoration était devenue difficile, et les crachats laient quelquefois s'arrêter au larynx où il y eu de la sécheresse. Le dévoiement était assez

considérable depuis plus de deux mois, et dès-l
l'appétit avait presque entièrement disparu.

Le 17, figure pâle, intelligence développée ; se
timent de faiblesse considérable, troisième degré
marasme. Douleurs au haut des cuisses augment
par la progression qui était presque impossible.
fistule, placée au-dessus de la symphise du pubis, d
nait une médiocre quantité d'un pus très-peu con
tant. La toux était rare ; les crachats peu abonda
verdâtres, opaques, unis par une certaine quan
d'un mucus très-clair ; l'oppression peu considéral
La poitrine était sonore dans toute son étendue
n'y avait ni pectoriloquie, ni respiration trachéale
entendait seulement un peu de râle muqueux à la pa
supérieure du thorax. La voix était naturelle, le
rynx et la trachée-artère indolens. Le pouls mé
crement accéléré, la chaleur douce, les frissons ra
les sueurs abondantes. La bouche pâteuse, la lan
un peu rouge au pourtour, l'anorexie presque c
plète, la soif à-peu-près nulle, le ventre souple e
dolent. Six selles liquides.

Depuis lors jusqu'au 25 avril, jour de la mort
malade n'éprouva aucune sensation pénible le lon
cou. Il se plaignit seulement d'un peu de dou
de gorge dans les derniers jours de la vie. Le pha
fut toujours dans l'état naturel et la voix sans
ration.

Les crachats ne changèrent pas sensiblement
pect. Le 6 mars, la poitrine était plus sonore e
rière du côté droit que du côté gauche ; la voi
tentissait un peu sous la clavicule droite ; il y ava
râle muqueux sous la gauche. Le 22 avril, la pe

on ne tirait aucun son de ce dernier point, la respiration y était trachéale, la pectoriloquie imparfaite. Le malade fut constamment couché à plat.

Les sueurs persistèrent, plus ou moins fortes et générales, malgré l'emploi de l'acétate de plomb, à dose successivement croissante; le pouls fut plus ou moins accéléré, les frissons fréquens, presque quotidiens dans la soirée.

L'appétit se releva et fit des progrès assez rapides, en sorte qu'au commencement du mois de mars, le malade mangeait la demi-portion de pain avec des légumes. Il en fut de même jusque dans les derniers jours de sa vie.

La diarrhée fut peu considérable jusqu'au 19 avril qu'elle devint tout-à-coup très-forte et sans cause appréciable. Le lendemain, dans la soirée, douleurs de ventre extrêmement vives, frissons prolongés, nausées fréquentes. Le 21, douleurs beaucoup moindres, ventre ballonné, langue rouge, altération peu considérable des traits. Le 22, la douleur avait disparu, l'abdomen était aplati, les selles continuelles, la faiblesse extrême; et le 25, à dix heures du matin, après une heure d'agonie, le malade mourut.

Il avait pris du diascordium, du julep et de l'extrait gommeux d'opium pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Les branches du pubis étaient dénudées de leur périoste, comme rongées par des four-

mis, et, pour ainsi dire, plongées au milieu d'un pus grisâtre, peu épais, médiocrement fétide. Les muscles qui s'insèrent à la branche inférieure du pubis n'avaient plus d'attache ; ceux qui formaient les parois de l'abcès étaient grisâtres et verdâtres, recouverts d'une sorte de détritus de même couleur et ramollis. L'abcès se prolongeait jusqu'à la partie moyenne de l'une et de l'autre cuisse.

Tête. Deux petites cuillerées de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde ; infiltration peu considérable au-dessous de cette membrane ; pie-mère médiocrement injectée ; cerveau sain ; une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral.

Cou. Trois ulcérations superficielles à la face laryngée de l'épiglotte : la membrane muqueuse intermédiaire parfaitement saine. Petite ulcération à la réunion des cordes vocales du larynx. Membrane muqueuse de la trachée-artère pâle et ulcérée. Les ulcérations augmentaient de nombre et de dimensions de la partie supérieure à l'inférieure ; beaucoup de cerceaux cartilagineux étaient entièrement dénudés ; plusieurs offraient de petites cavités lenticulaires ; douze d'entre eux étaient très-amincis dans une partie de leur étendue ; trois présentaient une solution de continuité dans leur longueur, et une perte de substance d'une ligne environ. Les fibres musculaires de la portion molle étaient à nu, épaissies dans plusieurs points, et presque entièrement détruites au niveau de trois des ulcérations.

Poitrine. Adhérences cellulaires universelles des poumons aux plèvres. Le lobe supérieur du côté gauche était dur, imperméable à l'air, à part une

couche fort mince placée à sa surface ; offrait à son sommet une excavation de moyenne grandeur, incomplétement tapissée par une fausse membrane rouge, ferme et appliquée sur une matière grise, demi-transparente, semée de tubercules. Cette cavité contenait un liquide trouble, épais et grisâtre, communiquait avec les bronches qui étaient plus rouges et plus épaisses dans son voisinage que partout ailleurs. Le reste du lobe présentait quelques petites excavations, et était en grande partie transformé en matière grise, au milieu de laquelle se trouvaient beaucoup de granulations plus ou moins tuberculeuses. Le lobe inférieur était parfaitement sain. Les mêmes lésions existaient, mais beaucoup moins prononcées, dans le poumon droit. — On trouvait quelques ulcérations aussi petites que superficielles dans les bronches du côté gauche. — Le cœur n'avait que les deux tiers du volume qui lui est naturel ; l'aorte n'offrait rien de remarquable.

Abdomen. Demi-pinte de sérosité trouble, non fétide, dans la cavité de l'abdomen ; nulle communication entre cette cavité et le foyer de pus placé derrière le pubis. Adhérences légères entre quelques circonvolutions de l'intestin grêle, au moyen d'une fausse membrane jaunâtre molle, qui tapissait aussi la vessie et le rectum, et au-dessous de laquelle le péritoine était d'un rouge vif. — Le foie était un peu petit et sain ; la bile de la vésicule médiocrement abondante, visqueuse et verdâtre. — L'estomac contenait une petite quantité de fluide jaune, était volumineux, et sa membrane muqueuse, pâle et parfaitement saine sous le rapport de la consistance et

de l'épaisseur. — Il y avait au commencement de l'intestin grêle beaucoup de granulations miliaires, opaques, sous-muqueuses, et, à partir du duodénum, des ulcérations, d'abord petites et rares, puis plus nombreuses et plus larges à mesure qu'on s'approchait du cœcum. Petites, elles étaient ordinairement cachées en partie par les valvules conniventes; plus considérables, elles occupaient les plaques, dont quelques-unes étaient complétement ulcérées, tandis que les autres n'offraient que de petites ulcérations plus ou moins rapprochées, et quelques tubercules un peu ramollis. La membrane musculaire était rarement à nu dans quelques points des grandes ulcérations. — Il y en avait deux très-considérables dans le cœcum et le colon transverse. Elles occupaient tout leur pourtour, avaient au moins trois pouces de longueur, offraient une surface grisâtre, rugueuse, formée par le tissu cellulaire sous-muqueux épais d'un millimètre, tandis que la membrane musculaire correspondante avait une épaisseur double. Entre ces deux ulcérations principales, s'en trouvaient six peu étendues, dont les parois étaient moins épaisses. D'autres, en assez grand nombre, étroites, demi-circulaires, noirâtres, occupaient le colon descendant et le rectum jusque près de l'anus. La membrane muqueuse avait une médiocre consistance et une couleur rouge dans cette dernière partie. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, rouges, et en partie tuberculeuses. Il en était de même de celles du méso-cœcum et des méso-colons, vis-à-vis les ulcérations. — Le reste des viscères de l'abdomen sain.

305. Ici, comme dans le cas précédent, il y avait des ulcérations à l'épiglotte, au larynx et à la trachée-artère. Peu considérables dans les deux premières parties du conduit aérien, elles étaient étendues, profondes, accompagnées de la destruction partielle d'un assez grand nombre de fibro-cartilages dans la troisième; et il y a eu même absence de symptômes pour toutes. En vain nous avons fait au malade toutes les questions nécessaires pour nous assurer de l'existence des symptômes qui auraient pu tenir à des ulcérations de la trachée-artère, nous ne sommes parvenus qu'à des résultats négatifs; ce qui ne saurait être attribué ni au défaut d'intelligence du malade, qui avait autant de mémoire que de sens, ni à son état de faiblesse. Nous citerons à l'appui de cette dernière assertion nos observations de croup chez l'adulte (1), presque toutes relatives à des individus faibles, et dans lesquelles nous avons noté, comme symptôme constant, une douleur plus ou moins vive à la trachée-artère. Nous rappellerons, entre autres exemples, celui d'une femme morte phthisique, atteinte de croup dans le dernier degré de marasme, et qui eut de la chaleur et de la douleur le long de la trachée-artère, du moment où les symptômes de cette dernière affection furent bien manifestes. Il est probable que, dans le cas dont il s'agit et ses analogues, l'absence de symptômes est due à la marche extrêmement lente de la maladie.

(1) Mémoire cité. *Arch. gén. de Méd.*

306. Bien que nous ne puissions assigner le début de l'affection de la trachée-artère, nous croyons néanmoins qu'il remontait à une époque très-éloignée. Nous en trouvons en quelque sorte la preuve dans la solution de continuité de plusieurs des fibro-cartilages, et dans la destruction presque complète de la portion charnue de la trachée-artère dans différens points; car ces désordres n'ont pu s'opérer que dans un espace de temps considérable. Il est d'ailleurs à remarquer que la première de ces lésions ne s'est offerte que cette seule fois à notre observation, et que, dans aucun autre cas, la destruction de la membrane musculaire n'était si avancée.

307. Remarquons aussi que les bronches n'offraient d'ulcérations que du côté gauche, c'est-à-dire, du côté de la plus grande excavation, là où elles étaient plus rouges et plus épaisses que partout ailleurs; et que ce fait confirme ce qui a été dit sur la cause présumée des ulcérations du conduit aérien, et sur l'influence de la matière de l'expectoration sur la phlogose (53).

308. Il faut encore signaler dans cette observation le peu de dévoiement du malade, jusque dans les derniers jours de la vie, malgré le nombre et la grandeur des ulcérations intestinales. Cette disproportion entre les symptômes et la lésion est effectivement peu commune, et tenait peut-être à la persistance de la membrane sous-muqueuse au niveau des ulcérations du cœcum et du colon, autre fait assez rare dans les cas analogues; car si nous en exceptons celui-ci, nous n'avons pas rencontré d'exemple d'ulcérations intestinales de la grandeur de celle dont il s'agit, que

la membrane musculaire épaissie ne fût plus ou moins complétement mise à nu.

---

389. Quand *l'inflammation de la membrane muqueuse de la trachée-artère* (caractérisée par une rougeur ordinairement très-vive, quelquefois réunie à un peu d'épaississement ou de ramollissement) existait *sans ulcérations*, les malades éprouvaient, dans certains cas, une douleur plus ou moins vive, accompagnée de chaleur le long du cou : trois sur dix-sept en offraient l'exemple. Cinq autres ressentirent, pendant un espace de temps assez considérable, des douleurs à la gorge ou au larynx, quoiqu'il n'y eût pas la moindre lésion dans ces parties.

310. Si nous rapprochons des trois premiers cas ceux de croup, dans lesquels il y a presque constamment une douleur accompagnée de chaleur le long de la trachée-artère, nous considérerons ces symptômes, quand ils surviennent dans le cours de la phthisie, comme le produit de l'inflammation de la membrane muqueuse dont il s'agit. Peut-être même faudrait-il envisager, comme tenant à la même cause, la douleur rapportée au larynx ou à l'arrière-bouche, quand la déglutition est facile et la voix sans altération ; car une douleur de gorge accompagnant l'inflammation de la membrane muqueuse de la trachée-artère, est un fait en tout semblable au purit de l'extrémité du gland par l'effet d'un calcul dans la vessie.

311. L'enrouement a existé dans quelques cas où il n'y avait ni ulcération ni inflammation de la mem-

brane muqueuse du larynx, mais pour peu de temps, à des époques variées de l'affection, et sans douleur de gorge.

En *résumé*, les ulcérations du larynx donnaient lieu, dans la plupart des cas, aux symptômes qui leur sont propres : celles de l'épiglotte, quand elles étaient peu considérables, étaient ordinairement latentes : celles de la trachée-artère n'ont donné lieu à quelques symptômes particuliers que dans un cas : la simple inflammation de la membrane muqueuse de cette partie du conduit aérien, y a excité plusieurs fois de la chaleur et de la douleur ; ou bien la douleur a été rapportée à la gorge ou au larynx.

Chapitre V.

SYMPTOMES DES DIFFÉRENTES LÉSIONS DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC.

312. A différentes époques de la phthisie, les malades éprouvaient des symptômes plus ou moins graves du côté de l'estomac. Ces symptômes variaient suivant les lésions de la membrane muqueuse de ce viscère, en sorte qu'il convient d'exposer dans autant d'articles ceux qui ont rapport à chacune d'elles.

Article Premier.

SYMPTOMES DU RAMOLLISSEMENT AVEC AMINCISSEMENT DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC (1).

313. A une époque variable, rarement au début de la phthisie, le plus ordinairement deux, quatre, cinq, six mois et quelquefois plus avant la mort, les malades qui atteints de la lésion qui nous occupe, perdaient l'appétit, puis éprouvaient des douleurs souvent très-vives à l'épigastre. Quelques jours ou quelques mois plus tard, ils avaient des nausées, puis des vomissemens, ou bien ces deux derniers symptômes débutaient, et les douleurs ne se manifestaient qu'après une ou plusieurs semaines. Il était rare de voir tous ces accidens se manifester à-la-fois. Dans plusieurs cas, ils avaient beaucoup d'intensité dès leur première apparition; dans d'autres, ils se développaient d'une manière lente : en général, ils devenaient chaque jour plus insupportables, et persistaient jusqu'à la mort d'une manière continue, avec des rémissions plus ou moins longues.

314. Ces symptômes existaient chez presque tous les malades, mais à divers degrés. Seize sur dix-neuf avaient eu des nausées, des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, et quinze, des vomissemens. Trois n'offrirent aucun symptôme gastrique remarquable,

(1) *Voyez* notre Mémoire sur cette lésion, inséré dans le cinquième volume des *Arch. génér. de Méd.*

malgré la profondeur et l'étendue de la lésion de la membrane muqueuse. (Obs. 10 bis, 26.) Chez quelques sujets, la douleur, les nausées, les vomissemens, avaient été devancés pendant une, deux ou trois années, par un dérangement plus ou moins marqué des digestions.

315. La douleur était piquante, lancinante, quelquefois accompagnée de chaleur; déterminait, dans certains cas, une sensation de barre à l'épigastre, ou bien les malades ne pouvaient la rapporter à aucun type. Ordinairement continue, elle faisait des progrès jusqu'à la mort. Quelquefois néanmoins, elle offrait des intermittences et disparaissait dans les derniers jours. Quand elle était très-vive, elle absorbait l'attention des malades, qui ne répondaient qu'à regret aux questions qui lui étaient étrangères; et alors, sans l'habitude où nous étions d'interroger minutieusement toutes les fonctions, la phthisie nous aurait échappé plus d'une fois. La vivacité de cette douleur était d'autant plus remarquable, qu'on l'observait dans des cas où les malades étaient réduits à un grand état de faiblesse, et les complications plus ou moins nombreuses. La moindre pression à l'épigastre était insupportable, et les boissons prises à une température moyenne semblaient parfois glacées. Qui pourrait croire après cela que la membrane muqueuse de l'estomac soit si insensible, ou qu'elle témoigne sa douleur d'une manière si différente de celle des autres organes?

L'opium ne soulageait pas sensiblement cette douleur; l'eau de Seltz la diminuait quelquefois un ou plusieurs jours de suite. A une époque peu éloignée

son début elle était calmée momentanément chez ne de nos malades (Obs. 31), au moyen de quelques gouttes d'élixir.

316. Les vomissemens étaient presque toujours lieux, ordinairement rares au début, et devenaient us fréquens à mesure qu'on s'approchait du terme tal.

317. Au milieu de ce désordre, quelques malades géraient sans trop de peine quelques alimens légers. autres ne pouvaient prendre de nourriture qu'à une rtaine heure de la journée, ordinairement le man. (Obs. 32.) Quelquefois l'appétit se relevait pennt une ou plusieurs semaines, bien que la membrane muqueuse de l'estomac fût profondément altée dans une partie de son étendue. (Obs. 39.) Mais une certaine époque, et dans la majeure partie des s, l'estomac était si susceptible qu'il ne pouvait rien pporter, pas même l'eau pure; et alors les malades sistaient à la soif dans la crainte des vomissemens.

318. L'anorexie, des nausées, des vomissemens, s douleurs à l'épigastre, tels étaient donc les symptmes qui avaient presque constamment lieu dans les s où la membrane muqueuse de l'estomac était nollie et amincie. Ils montraient que ce viscère, mme les autres organes, révèle ses lésions par la uleur et le désordre de ses fonctions.

319. Quand les symptômes que nous venons de crire ont persisté d'une manière continue pendant certain temps, trois à quatre semaines, par emple, on peut considérer le ramollissement avec incissement de la membrane muqueuse de l'esto-

mac comme certain. Tous les jours nous vérifions l'exactitude de cette assertion.

320. Plusieurs faits répandus dans le cours de cet ouvrage (Obs. 31, 32, 39, etc.) sont la preuve de ce qui précède ; mais le suivant nous a paru assez digne d'intérêt pour trouver place ici.

XVIIᵉ. Observation.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, mère de plusieurs enfans, d'une constitution peu forte, non sujette au rhume, vint à l'hôpital de la Charité le 13 juillet 1824. Elle était accouchée depuis dix mois, souffrait beaucoup du genou gauche depuis six, et présentait tous les symptômes rationnels d'une tumeur blanche de cette articulation. Elle en fut traitée dans une des salles de chirurgie. On lui appliqua deux moxa, et bientôt la douleur disparut, le volume de l'articulation diminua, il y eut ankilose. Le 5 novembre la malade fut transférée dans le service de M. Chomel, et ajouta aux détails précédens, qu'elle avait eu, au premier août, à la suite d'une commotion morale forte, des frissons entremêlés de chaleurs, de la toux, des douleurs à l'épigastre, des nausées, quelquefois des vomissemens; qu'à la même époque la soif avait un peu augmenté, qu'elle avait perdu l'appétit. A ces symptômes, qui avaient persisté depuis leur début, s'étaient joints une chaleur forte dans

soirée, des sueurs nocturnes et des frissons par intervalles. L'expectoration n'avait commencé qu'au mois d'octobre. Peu après, une douleur très-vive s'était manifestée dans le côté droit de la poitrine, et avait disparu à la fin de la première semaine, presque aussitôt après l'application d'un vésicatoire sur le point correspondant. Les selles étaient devenues fréquentes et liquides les trois derniers jours. L'amaigrissement avait commencé à l'époque des couches.

Le 5 novembre, la figure était un peu animée, faiblesse considérable, la malade pouvait à peine faire le tour de son lit. La soif était médiocre, l'anorexie presque complète, la langue dans l'état naturel, l'épigastre douloureux, sensible à la moindre pression; les nausées fréquentes, parfois suivies de quelques gorgées de bile, principalement la nuit et après la toux; le ventre généralement un peu endolori, les selles liquides, précédées de coliques. La toux fréquente la nuit, beaucoup plus rare le jour. Les crachats légers, blancs et spumeux, flottaient sur une grande quantité de liquide clair. La respiration était médiocrement accélérée; la poitrine un peu moins sonore à droite latéralement et en arrière dans la moitié inférieure, que du côté opposé; le bruit respiratoire plus fort sous la clavicule droite, où on entendait quelques craquemens, que sous la gauche. Le pouls était accéléré (cent quinze pulsations par minute), petit et faible; la chaleur peu considérable le jour et forte la nuit. Il y avait eu des sueurs nocturnes et des frissons dans la soirée. La malade rapportait l'oppression à l'épigastre, éprouvait beaucoup de mal-aise et une sorte d'anxiété. (Sol. de

sir. de gom. ; tis. de riz éd. et acid. avec le jus de cit. ; pot. gom. avec un gr. d'op.)

Les symptômes gastriques persistèrent et devinrent chaque jour plus intenses. Du 8 au 21 novembre, quarante-huit heures avant la mort, les vomissemens de bile furent nombreux, répétés plusieurs fois dans la journée, soit à la suite de la toux, soit dans ses intervalles ; le mal-aise et l'anxiété furent au comble ; l'étouffement était considérable, les douleurs très-vives à l'épigastre : la pression la plus légère y était insupportable. La malade avait du dégoût pour tout, le bouillon le plus léger causait une pesanteur extrême à la région de l'estomac. Elle finit par vomir tout ce qu'elle prenait, buvait très-peu à-la-fois, et les boissons, prises à une température moyenne, lui semblaient froides comme de la glace. — La langue fut dans l'état naturel ou un peu pâle jusqu'au 18 ; alors elle devint rouge, chaude, piquante, et se couvrit de plaques blanches couenneuses, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises. Cette exudation, qui existait aussi sur les lèvres, la paroi interne des joues et le voile du palais, commençait sous forme de grains comparables à ceux de la semouille, lesquels, en s'élargissant, se réunissaient et couvraient bientôt toute la surface de l'organe où on les observait.

Les selles furent liquides, mais peu fréquentes, jusqu'au 18 ; alors elles devinrent tout-à-coup très-nombreuses, et dans les trois derniers jours elles étaient involontaires et pour ainsi dire continuelles. En même temps il y eut des douleurs par tout le ventre, surtout dans la fosse iliaque du côté droit.

La toux ne fit pas de progrès sensibles ; les cra-

hats furent rares et légers; les résultats de la percus-
on les mêmes que le premier jour. Le 19, la respi-
ation était trachéale sous la clavicule droite, mais la
ectoriloquie n'existait pas.

Le pouls fut constamment petit, faible et très-
ccéléré, si ce n'est dans les quatre derniers jours,
u'il tomba de cent quarante à cent pulsations par
inute. La malade était très-sensible au froid.

Elle ne savait quelle position tenir, et avait quel-
uefois de la peine à indiquer le siége de ses souffrances,
nt elle éprouvait d'anxiété. Sa figure exprimait le mal-
se et le dégoût. Elle mourut le 23 novembre à six
eures du matin, sans avoir eu de délire.

Ouverture du cadavre, vingt-six heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Rien
utre chose de remarquable.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne très-peu
nsidérable. Cerveau parfaitement sain. Deux petites
illerées de sérosité dans le ventricule latéral du côté
oit; un peu moins à gauche. Le reste dans l'état
turel.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère
offraient rien de remarquable.

Poitrine. Le poumon gauche était libre dans toute
n étendue, présentait, à la partie moyenne de son
be supérieur, une masse grisâtre et blanchâtre, du
lume d'un petit œuf de poule, composée d'une in-
ité de granulations tuberculeuses, séparées dans
usieurs points par un tissu rougeâtre, légèrement

grenu. Ailleurs, on voyait des granulations grises, dont quelques-unes, immédiatement placées au-dessous des plèvres, faisaient saillie au dehors. Le poumon droit adhérait dans toute sa surface aux parois environnantes, au moyen d'une double fausse membrane dont les feuillets étaient étroitement unis entre eux. Elle était beaucoup plus épaisse inférieurement que dans sa moitié supérieure, et en très-grande partie transformée en matière tuberculeuse. Il y avait nombre de granulations jaunâtres et grisâtres sous la plèvre pulmonaire, et principalement sous celle qui correspond aux scissures interlobulaires, dont les bords étaient convertis, dans l'épaisseur d'une ligne, en une matière grise demi-transparente. On trouvait, au sommet du lobe supérieur, une excavation du volume d'une pomme d'api, contenant une médiocre quantité de pus, communiquant avec les bronches, et sans fausse membrane distincte. Le tissu pulmonaire était seulement un peu plus ferme à son pourtour que partout ailleurs. — Les bronches de ce côté étaient d'un rouge vif, autour de l'excavation seulement. — Le cœur était petit et sain, d'un tissu ferme; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. L'estomac avait un médiocre volume, contenait une petite quantité de bile trouble. Sa membrane muqueuse était inégalement jaune dans sa moitié supérieure, et jusqu'à trois pouces du pylore (à part quelques points peu étendus), molle comme du mucus; en sorte qu'on l'enlevait avec le dos du scalpel, comme on enleverait du mucus un peu visqueux. La partie ramollie était beaucoup plus mince que dans l'état naturel. Près du cardia et le long de

etite courbure, là où le ramollissement et l'amin-
issement étaient le moins marqués, la membrane
uqueuse offrait quatre mamelons rougeâtres, plus
ermes qu'elle-même, d'une ligne d'épaisseur et d'un
eu moins de largeur. Les vaisseaux n'avaient rien
e remarquable au-dessous de la portion amincie. —
a membrane muqueuse de l'intestin grêle était
'un rose très-tendre, d'une épaisseur et d'une fer-
neté convenables. Quelques-unes de ses dernières
laques présentaient de petites ulcérations. — Le gros
ntestin contenait un peu de liquide trouble teint en
ose, peu épais. Sa membrane muqueuse était d'un
ouge violet dans toute sa longueur, finement ma-
nelonnée, un peu épaissie, molle comme du mucus.
On trouvait dans les colons ascendant et transverse
rois ulcérations d'une ligne et demie de diamètre,
u niveau desquelles la membrane musculaire était à nu.
y en avait d'autres plus petites encore à la partie
noyenne du rectum, agglomérées, reposant sur la mem-
rane sous-muqueuse. Celle-ci était opaque, plus que
riplée d'épaisseur dans toute son étendue. — Le foie
tait un peu volumineux, pâle, gras, dépassait le
ord cartilagineux des côtes. La bile de la vésicule
nédiocrement épaisse, couleur jus de pruneaux. —
a rate avait ses dimensions ordinaires, était en partie
ecouverte par une fausse membrane dans l'épaisseur
e laquelle on trouvait beaucoup de matière tubercu-
euse. Elle offrait à l'intérieur une soixantaine de gra-
ulations de même nature, de la grosseur d'un petit
ois, environnées d'un tissu sain. — Le mésocœcum
t l'épiploon gastro-hépatique présentaient quelques

petites plaques tuberculeuses, développées à leur surface. — Les autres viscères dans l'état naturel.

---

321. Cette observation est digne d'intérêt sous plusieurs rapports. Déjà le simple récit des faits montre que l'affection tuberculeuse des poumons et la maladie de la membrane muqueuse de l'estomac ont débuté en même temps, ce qui n'est pas ordinaire. Et tandis que dans la plupart des cas où la complication qui nous occupe a lieu, la mort arrive principalement par les poumons, elle est ici le résultat de la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, bien plus que de toute autre cause.

A raison de la prédominance des symptômes gastriques, il eût été très-facile, comme nous l'avons déjà dit, de méconnaître la phthisie. La malade ne pensait qu'à son estomac, ne demandait de soulagement qu'aux douleurs dont il était le siége; il fallait en quelque sorte lui faire violence pour obtenir quelques réponses relativement à l'état de sa poitrine. La marche du ramollissement ne fut pas très-rapide, et néanmoins nous n'avons jamais vu tant de mal-aise et d'anxiété, ni la figure exprimer la douleur d'une manière si énergique. Mais ce qu'il importe surtout d'observer ici, c'est la gradation des symptômes, leur peu d'intensité au début, quand la lésion de la membrane muqueuse n'était pas encore considérable, et leurs progrès non interrompus dans la suite. D'abord, les douleurs à l'épigastre sont légères, les nausées et les

omissemens sont provoqués par la toux; puis les nausées deviennent continuelles, les vomissemens ont lieu dans les intervalles de la toux, se composent de bile, et deviennent chaque jour plus fréquens et plus copieux; la douleur augmente à mesure qu'on s'éloigne du début; en un mot l'intensité des symptômes est toujours proportionnée à l'intensité de la lésion.

322. La diarrhée, devenue tout-à-coup très-forte dans les derniers jours de la vie, est encore une des circonstances remarquables de cette observation. Elle était accompagnée de douleurs vives dans tout le ventre, et signalait sans doute l'invasion d'une de ces entérites graves qui se développent fréquemment dans les dernières périodes de la phthisie (264), et amènent avec tant de rapidité le ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin. Observons aussi qu'à ce ramollissement répondait un épaississement considérable du tissu cellulaire sous-muqueux, lequel avait conservé sa blancheur, bien que son excès d'épaisseur doive être considéré comme le résultat d'une inflammation aiguë (135).

323. Le poumon et la plèvre du côté droit méritent aussi quelque attention: le poumon, par la cavité existante dans son lobe supérieur, laquelle offrait l'exemple assez rare d'une excavation tuberculeuse d'une certaine étendue, à parois immédiatement formées par le tissu pulmonaire sain ou seulement un peu endurci: la plèvre, par la fausse membrane développée à sa surface et transformée en matière tuberculeuse, circonstance qui ne s'est présentée, comme nous l'avons déjà

dit, à notre observation, que dans les cas où il y avait des tubercules dans les poumons.

324. La pleurésie qui a donné lieu à l'exudation membraniforme dont il s'agit, n'a débuté qu'un mois avant la mort du sujet, c'est-à-dire à une époque où il y avait déjà des tubercules au sommet des poumons, dans celui du côté droit surtout. Aucun moyen dès-lors d'en attribuer le développement à cette phlegmasie. On ne serait pas mieux fondé à la regarder comme cause de ceux qui se trouvaient immédiatement sous les plèvres, vu que des tubercules semblables et semblablement disposés se trouvaient à gauche où le poumon était libre d'adhérences, et la plèvre dans l'état naturel.

325. Enfin, la matière tuberculeuse développée hors des poumons, dans les fausses membranes qui recouvraient la plèvre droite ou la rate, dans le tissu de cet organe ou à la surface du péritoine, était partout au même degré de développement, à l'état de crudité : ce qui semble attester, comme nous l'avons déjà dit (210), l'action d'une seule et même cause agissant à-la-fois sur plusieurs organes.

Article II.

SYMPTOMES DE L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC, BORNÉE A SA FACE ANTÉRIEURE.

326. Les huit malades chez lesquels nous avons observé cette affection avaient éprouvé, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, de l'anorexie, des douleurs, de la chaleur à l'épigastre, quelquefois des nausées; un petit nombre, des vomissemens. Un seul fut exempt de douleur. Sa maladie principale (la phthisie) durait depuis cinq ans, et l'appétit n'avait complètement cessé que dans les derniers jours de la vie.

327. Ces symptômes, indices d'une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, ne se manifestaient pas tous à-la-fois. Dans la plupart des cas, l'anorexie débutait et était accompagnée, après un certain temps, de douleur à l'épigastre. Celle-ci augmentait beaucoup par la pression, était quelquefois unie à une chaleur locale brûlante, avait des rémissions plus ou moins longues et complètes; les alimens les plus légers causaient de l'étouffement. Enfin, les nausées survenaient plus ou moins fréquentes, quelquefois sollicitées par la toux, et chez certains sujets (deux seulement) il y eut des vomissemens, bilieux dans un cas, composés de matières blanches, et insipides dans l'autre. Chez tous les malades on sentait

une résistance à la région épigastrique, le foie était descendu au-dessous des côtes; et ce déplacement nous a fait soupçonner plus d'une fois que ces symptômes gastriques provenaient de l'inflammation de la partie de la membrane muqueuse qui recouvre la face antérieure de l'estomac.

328. La durée des symptômes était moindre que dans les cas où il y avait amincissement et ramollissement. Elle variait d'un à trois mois. La marche de la maladie était chronique, et néanmoins la douleur et les autres phénomènes morbides étaient quelquefois très-prononcés. Parmi les faits de ce genre que nous avons recueillis, le suivant est le plus digne d'attention.

XVIIIe. Observation.

Une fille, âgée de vingt-six ans, d'une constitution assez forte, d'une sensibilité très-vive, *enrhumée* depuis cinq ans, vint à l'hôpital de la Charité le 20 janvier 1823. Les symptômes avaient été peu incommodes pendant les trente premiers mois. Après cette époque, la toux et l'expectoration augmentèrent, il y eut un crachement de sang qui persista cinq mois sans interruption, malgré l'emploi répété de la saignée et des sangsues. Dans les deux années qui suivirent, l'état de la malade parut s'améliorer; elle reprit presque complètement son embonpoint et ses forces; ses règles, qui avaient été suspendues pendant dix-huit

is, revinrent à leurs époques ordinaires : enfin, il lui restait qu'un peu de toux et de dyspnée, quand, mois de novembre 1822, après un excès de danse, e fut prise, pendant la nuit, d'un frisson violent vi de chaleur et de sueur, accompagné de dou-rs au côté droit, avec augmentation de la toux et l'oppression habituelles. Dès-lors les frissons re-rent journellement vers le soir, la douleur persista, l y eut, au sixième jour de cette espèce de rechute, e hémoptysie qui se prolongea, en diminuant, qu'à l'époque de l'admission de la malade à l'hô-al.

Le 9 janvier, céphalalgie gravative, faiblesse con-érable : oppression, picotemens entre les épaules; x fréquente la nuit : crachats verdâtres, tachés de g, peu nombreux; d'autres, clairs et largement és, plus copieux : râle muqueux en arrière du côté it de la poitrine, respiration nette ailleurs. Ni re-tissement, ni pectoriloquie. Langue naturelle, soif e, anorexie, nausées par la toux, épigastre sensible pression, selles rares. (Tis. pect. ; pot. pect. am. ; ıx demi cr. de riz.)

Le 22, les crachats étaient pelotonnés, unis par un cus clair et dépourvu de sang; la malade accusait douleur vive au côté droit. On y appliqua des gsues, et le jour même il y eut un soulagement rqué. Le lendemain, douleurs à l'épigastre, nau-s dans les intervalles de la toux. Dès-lors, jusqu'au mai, jour de la mort, voici ce qui arriva :

Il y eut, le 27 janvier, une nouvelle douleur à paule droite, autour de laquelle on entendait un e crépitant mêlé de gargouillement. Le 29, la

douleur était augmentée, la respiration beaucoup plus difficile qu'à l'ordinaire, la toux fréquente, les crachats clairs et plaqués d'un sang très-rouge; on entendait, dans toute la hauteur du côté droit de la poitrine, une crépitation fine. Le pouls était très accéléré, petit et faible. Une saignée de huit onces fit promptement cesser les accidens. Le 5 février nouvelle douleur, crépitation légère sous la mamelle droite : soulagement prompt par l'application de quelques sangsues. Dans la suite, les mêmes symptômes, la douleur, la dyspnée, la crépitation, quelquefois accompagnés de crachats jaunâtres et un peu visqueux, se renouvelèrent à un degré plus ou moins considérable, et furent combattus par les mêmes moyens, proportionnés aux forces de la malade. Le 5 mai, la pectoriloquie était manifeste entre les épaules et la colonne vertébrale, le son mat sous la clavicule droite où l'on entendait un peu de crépitation fine. Le 11, il y eut une hémoptysie légère; les crachats étaient d'un gris sale, et ils conservèrent le même aspect jusqu'à la mort.

L'anorexie et les nausées persistèrent pendant quelques jours, puis l'appétit se rétablit, au point que dans le cours de février la malade mangeait le quart de portion sans en éprouver d'autre inconvénient qu'un peu d'oppression après le repas. Dans les premiers jours de mars, retour de l'anorexie, douleurs vives à l'épigastre. Le 15 et 16, nausées presque continuelles, et parfois légers vomissemens de bile; ardeur à l'épigastre. L'anorexie persista, les nausées diminuèrent un peu les jours suivans, il y eut des douleurs de tête, un sentiment de lassitude dans les membres, et quelques vomisse-

ens bilieux. Les mêmes symptômes continuèrent à un
:gré plus ou moins considérable pendant tout le mois
ıvril; les douleurs épigastriques furent très-vives,
les vomissemens de bile reparaissaient par inter-
lles. Le 2 mai, le mal-aise habituel avait augmenté,
ınxiété était continuelle, tout le ventre sensible à
pression; la douleur épigastrique ne laissait pas un
oment de relâche; la toux, la plus légère pression,
plus petit mouvement du corps l'augmentaient.

La langue, qui avait conservé jusque-là sa couleur
ıturelle, devint très-rouge, se couvrit de petites
aques blanchâtres membraniformes, faciles à enle-
rr. Elles disparurent, se reproduisirent encore une
s, et les douleurs épigastriques, après avoir un peu
minué, reprirent beaucoup de violence quelques
urs avant la mort.

Il n'y eut de diarrhée que pendant les deux der-
ères semaines.

Le pouls fut constamment accéléré, la chaleur vive
soir, les sueurs nocturnes fréquentes, les frissons
aucoup plus rares.

uverture du cadavre, vingt-six heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Rien
tre chose de remarquable.

Tête. Adhérences entre l'arachnoïde et la dure-
ère, près de la scissure médiane et dans d'autres
ints peu éloignés, au moyen de granulations blan-
ıes, opaques, assez nombreuses, nées de l'arach-
ïde plus ou moins épaisse et opaque dans les parties

correspondantes. Infiltration sous-arachnoïdienne as-sez considérable. Toute la masse encéphalique un pe molle. Trois cuillerées de sérosité dans le ventri-cule latéral gauche, un peu moins dans le droit. Un demi-cuillerée du même liquide dans le ventricul de la cloison, qui avait des parois fermes et résistantes

Cou. Glandes cervicales du côté gauche augmen-tées de volume, tuberculeuses, non ramollies. Trans-formation pareille et au même degré des glande bronchiques. Le larynx et l'épiglotte dans l'état natu-rel. La trachée-artère d'un rose tendre sans la moindr ulcération.

Poitrine. Quelques faibles adhérences celluleus au sommet des deux poumons. L'un et l'autre of fraient à l'extérieur beaucoup de bosselures blan-châtres et légèrement rosées, dues à la matière tuber-culeuse. Le lobe supérieur du côté droit présentait deu excavations qui communiquaient avec les bronches et un certain nombre de tubercules placés au milie d'un tissu ferme, grenu, hépatisé, tout-à-fait priv d'air, rouge antérieurement et d'un gris jaunâtı en arrière. Il n'y avait que quelques granulatior tuberculeuses dans le lobe inférieur. Le supérieur, d côté gauche, offrait quelques cavités tuberculeus d'un petit volume, et des granulations grises incom-plètement opaques au milieu d'une matière gri demi-transparente en laquelle ce lobe était presqu entièrement transformé. L'inférieur ne contena qu'un petit nombre de granulations, était un peu en goué à sa base. — Il y avait quatre onces de sérosi dans le péricarde; le cœur était petit, mais sain l'aorte et l'artère pulmonaire dans l'état naturel.

Abdomen. Le foie dépassait les côtes de quatre
›uces environ, avait un volume considérable, une
uleur fauve piquée de rouge, une consistance mé-
ɔcre, était gras. La vésicule biliaire contenait une
e noire filante, très-épaisse. — L'estomac descendait
-dessous de la crête de l'os des îles, était volumi-
ux, très-alongé, en partie recouvert par le foie :
membrane muqueuse était enduite d'un mucus
ais visqueux, beaucoup plus abondant à sa face an-
ieure que dans le reste de son étendue. Dans le
emier point elle était d'un rouge vif, manifestement
aissie et un peu ramollie; ailleurs, elle offrait seu-
nent une faible nuance rose, avait une consistance
une épaisseur convenables. — Le duodénum était
n. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle,
peu grisâtre et cassante, présentait par intervalles
arborisations, et dans toute sa longueur sept pe-
s ulcérations, placées à de grandes distances les
es des autres, noirâtres, de deux lignes de dia-
tre. — La membrane muqueuse du gros intestin
it grisâtre, quelquefois noirâtre, un peu ramollie
is toute son étendue, offrait douze petites ulcéra-
ns dans le cœcum et dans le colon ascendant, et trois
is le rectum, immédiatement au-dessus du sphync-
de l'anus. Elle était un peu décollée à leur pour-
ır, et la tunique sous-muqueuse qui en formait le
d, grisâtre et légèrement épaissie. — Les glandes
sentériques étaient saines, mais autour des vais-
ux biliaires un grand nombre de ganglions lym-
atiques avait subi la transformation tuberculeuse.
La rate était peu développée et présentait au

milieu de son tissu sain quatre tubercules non ramollis, de la grosseur d'une noisette.

---

329. Arrêtons-nous un instant sur les circonstances principales de cette observation. L'estomac était très volumineux, très-bas, en partie recouvert par le foie; la membrane muqueuse qui tapisse sa face antérieure d'un rouge vif, épaissie, un peu ramollie, manifestement enflammée ; les limites de l'inflammation étaient à-peu-près celles de la portion de l'estomac recouverte par le foie, ce qui ne permet guère de douter de l'influence de ce viscère sur son développement. Quant aux symptômes, c'est-à-dire l'anorexie, la douleur à l'épigastre, les nausées, les vomissemens bilieux, ils étaient en harmonie avec la lésion, et leur intensité aurait pu faire redouter une affection encore plus profonde de la membrane muqueuse de l'estomac, son ramollissement avec amincissement. Comme dans ce dernier cas leur marche avait été chronique, ils avaient acquis tous les jours plus d'intensité. Ainsi, bien que sous la forme chronique, la gastrite a, pour ainsi dire, marché à découvert, et il en a été de même chez les sept huitièmes des malades, avec cette seule différence que les symptômes ont été moins graves, et que les vomissemens ont manqué dans la plupart des cas.

Ce nouvel ordre de faits confirme donc ce qui a été dit dans l'article précédent ; savoir, que l'estomac révèle ses lésions de la même manière qu

autres organes, par la douleur et le désordre plus moins marqué de ses fonctions.

Nous nous occuperons bientôt, d'une manière éciale, de l'état de la langue ; mais nous remarqueas dès à présent, que dans ce cas comme dans celui i précède, elle a conservé la couleur qui lui est natule ; que même, elle a été pâle jusqu'au moment où e s'est recouverte de plaques couenneuses, époque beaucoup postérieure à celle du début de la gastrite.

330. Le développement de la matière tuberculeuse ns les glandes lymphatiques est digne de quelque ention. La membrane muqueuse de la trachéeère était d'un rose très-tendre, moindre que chez plupart des sujets qui succombent aux maladies les s variées ; elle n'était ni épaissie, ni ramollie ; on uvait la considérer comme parfaitement saine, et -lors aucun moyen de lui attribuer la transforman des glandes lymphatiques du cou en matière tuculeuse. Mais on croira peut-être pouvoir explier la même lésion dans les glandes qui entourent conduits biliaires, par l'inflammation de la meme muqueuse de l'estomac.

cela nous répondrons que si quelques vaisseaux phatiques de ce viscère traversent les glandes t il s'agit, ce n'est qu'après avoir traversé celles a petite courbure, et que si l'inflammation de la nbrane muqueuse gastrique n'a pu opérer la transnation de ces dernières en matière tuberculeuse, on oit pas comment elle l'aurait fait pour des glandes éloignées. Ajoutons que nous n'avons observé trois fois la conversion des ganglions lymphaes qui entourent les conduits biliaires en tuber-

cules, et que dans aucun cas, nous n'avons vu l
même lésion dans les glandes de la petite ou de l
grande courbure de l'estomac, bien que nous ayon
observé nombre de fois l'inflammation plus ou moin
chronique de sa membrane muqueuse.

331. Nous nous arrêterons peu sur l'état anatomiqu
des poumons. Nous remarquerons seulement qu
les fréquentes récidives de l'inflammation de cel
du côté droit viennent à l'appui de ce que no
avons dit (286) de l'innocuité de la péripneumon
chez les phthisiques, et qu'ici les tubercules peuve
être considérés comme des corps étrangers dont l'a
tion est presque toujours moins fâcheuse que cel
des causes internes.

Article III.

SYMPTOMES OBSERVÉS QUAND LA MEMBRANE MUQUEU DE L'ESTOMAC EST ROUGE ET RAMOLLIE DANS S GRAND CUL-DE-SAC.

332. Soit que cet état fût simple, qu'il existât
même temps de petites ulcérations ou un état m
melonné de la membrane muqueuse de l'estoma
on observait rarement quelque symptôme gastriq
qui pût lui être rapporté. L'appétit avait diminué lo
temps avant la mort, mais, à quelques exceptions pr
dans la progression des symptômes de la maladie pri
cipale et comme dans les cas où l'estomac était parf
tement sain. L'anorexie n'était devenue complèt

ez la plupart des sujets, que dix ou vingt jours
nt le terme fatal. Il n'y eut de douleurs à l'épi-
tre et de nausées que dans la neuvième partie des
, sur deux sujets, et dans les derniers temps de
maladie. Ce défaut si ordinaire de symptômes dans
e lésion communément très-grave, et qui offre le
actère d'un gastrite aiguë, nous a fait penser
e dans la plupart des cas elle avait lieu dans les
rniers jours de la vie.

333. Des deux faits dont il vient d'être question le
vant est celui dans lequel les symptômes gastriques
t duré le plus de temps et offert le plus d'intensité.

XIXe. Observation.

Une fille, âgée de quarante-huit ans, d'une taille
vée, d'une constitution forte, n'ayant plus ses
les depuis dix ans, fut admise à l'hôpital de la
arité le 22 septembre 1822. Elle accusait neuf
is de maladie, n'était pas sujette au rhume, n'avait
nt eu de péripneumonie. Au début, toux, cra-
ats, dyspnée, sueurs nocturnes : ces symptômes
ient persisté en prenant du développement, et les
eurs étaient devenues très-copieuses. Au cinquième
is, hémoptysie assez forte pendant deux jours,
uleur au côté droit, continue depuis, mais moins
nsidérable peu après son début qu'à sa naissance;
cubitus obligé à gauche. Les frissons avaient été
es, l'appétit déprimé dès l'apparition de la toux,

et depuis quatre mois la malade ne mangeait qu'un peu de bouillie et de pain. Soif considérable, amaigrissement dès le principe.

Le 3 septembre, la céphalalgie était générale, et même depuis six mois la malade avait des éblouissemens dès qu'elle se levait; le nez et les lèvres étaient violacés, le décubitus élevé, la respiration un peu haute et accélérée, la toux médiocrement fréquente; les crachats peu abondans, clairs, spumeux ou verdâtres, et striés de blanc. A droite, antérieurement, et surtout en dehors de la mamelle, la poitrine rendait un son mat, il y avait de la douleur et presque partout du gargouillement ou un râle crépitant très-gros : sous la clavicule, la respiration était trachéale et la pectoriloquie imparfaite. A gauche, l'auscultation et la percussion n'offraient rien de remarquable. Le pouls était fréquent, inégal, irrégulier, quelquefois intermittent; les battemens du cœur entendus par toute la poitrine, et accompagnés d'une impulsion assez forte à la région précordiale, au niveau du sternum principalement. La bouche était pâteuse et amère, la soif vive, l'anorexie complète, la langue un peu rouge au centre, l'épigastre douloureux depuis quelques heures. Il y avait des nausées assez fréquentes à la suite ou dans les intervalles de la toux. Les selles étaient rares, le ventre un peu ballonné. (Hyd, comp. nit. ; pot. gom. avec teint. de digit. trente gouttes ; douze sangsues à l'anus.)

Depuis ce moment jusqu'à la mort du sujet, qui eut lieu le 1er octobre, les mêmes symptômes persistèrent; l'anorexie, les nausées, les douleurs à l'épigastre furent plus ou moins prononcées; il n'y eut

s de vomissemens. La malade mangeait un peu de upe sans que le mal-aise habituel en parût augenté ; la langue conserva sa couleur rouge au centre. y eut un peu de dévoiement et quelques douleurs flanc droit dans la direction du colon.

Le pouls fut un peu moins irrégulier dans les vingt-atre heures qui suivirent l'application des sangsues 'auparavant, puis son irrégularité devint tous les ırs plus considérable. Les membres s'infiltrèrent, les eurs furent copieuses, et il y eut quelques frissons.

Les crachats ne changèrent pas sensiblement d'as-ct. La dyspnée fit des progrès rapides, et parfois malade était obligée de se mettre à son séant; la uleur sous la mamelle droite fut plus ou moins forte squ'au dernier jour, et après une agonie de quelques ures la malade expira.

werture du cadavre, vingt-huit heures après la mort.

État extérieur. Infiltration peu considérable des mbres abdominaux. Rougeur du côté droit de la e sur lequel le cadavre était appuyé.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu épaisse. e cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules éraux. Le reste parfaitement sain.

Poitrine. Le poumon droit adhérait d'une manière ime à son sommet et à sa base, au moyen d'une udation membraneuse, ferme et épaisse. Entre ces ux extrémités, la fausse membrane était dédoublée, rmait une espèce de poche traversée par des fila-ns entre lesquels se trouvait un peu de sérosité

roussâtre et claire. Une excavation anfractueuse considérable occupait le sommet du lobe supérieur, était tapissée par une double fausse membrane, dont la plus dense et la plus ferme était appliquée sur le tissu pulmonaire sain, ou plus ou moins profondément altéré : elle communiquait avec d'autres cavités peu considérables et avec les bronches dans plusieurs points. Le lobe inférieur était engoué. Le poumon gauche était libre, offrait quelques tubercules non-ramollis et un peu de matière grise demi-transparente dans son lobe supérieur. — Le cœur et le péricarde étaient recouverts d'une fausse membrane ondulée, d'une consistance assez ferme, d'une ligne et quelque chose de plus d'épaisseur, plus mince sur les oreillettes que sur les ventricules, baignée par une petite quantité de sérosité roussâtre et claire. Les parois du ventricule gauche étaient un peu épaissies, celles des oreillettes un peu amincies au contraire. L'aorte et ses branches principales d'un rouge vermillon, ses membranes ayant la consistance et l'épaisseur convenables.

Abdomen. Deux pintes de sérosité claire dans la cavité de l'abdomen. L'estomac était volumineux, sa membrane muqueuse épaissie, très-molle, d'un rouge violet dans le grand cul-de-sac ; grisâtre, mamelonnée, plus épaisse et plus consistante que d'ordinaire dans le reste de son étendue. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était doublée d'épaisseur dans ses trois premiers cinquièmes, avait partout sa couleur et sa consistance naturelles, offrait trois fort petites ulcérations près de la valvule iléo-cœcale. — Celle du gros intestin était très-ramollie dans toute sa longueur.

un rose pâle dans le colon descendant et dans le rec-
m, offrait une foule de petites ulcérations d'une à deux
gnes de diamètre, dont le nombre diminuait du cœ-
um à l'anus. — Les glandes mésentériques étaient
ines. — Le foie volumineux, gorgé de sang d'un
une grisâtre, piqué de rouge vif; la bile de la va-
cule peu épaisse, et d'une couleur claire. — Le rein
uche doublé de volume ; le droit beaucoup plus
nsidérable encore, au moins quadruplé, inégal,
osselé, presque entièrement converti en une poche
embraneuse divisée par une cloison transversale
ercée d'un trou à son centre, et remplie par un li-
uide clair, semblable à l'urine. Il n'y avait de traces
ı tissu propre du rein qu'à son bord convexe où il
ait de deux à trois lignes d'épaisseur. — Un polype
siculeux de la forme et des dimensions de la luette
istait dans le col de l'utérus. — Les autres viscères
ins.

---

334. La membrane muqueuse de l'estomac présen-
t deux lésions bien distinctes : l'une, la rougeur
ec épaississement et ramollissement de la partie
ui revêt le grand cul-de-sac, était récente ; l'autre,
tat mamelonné qu'elle affectait dans le reste de son
endue, était le résultat d'une affection ancienne.
n serait tenté d'attribuer à cette dernière l'anorexie
us ou moins complète qui s'est manifestée dès le
début de la maladie ; mais nous verrons bientôt
340) que cette manière de voir, qui, dans quelques
rconstances paraît assez probable, est loin d'être
montrée. Quant aux douleurs épigastriques et aux

nausées que la malade a éprouvées près d'un mois avant sa mort, elles rapprochent ce cas de ceux dont il a été question dans les articles précédens, indiquent une lésion beaucoup moins chronique que l'état mamelonné qui ne nous a jamais offert les mêmes symptômes, et doivent être rapportées à l'inflammation de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac comme à leur cause.

335. Il est bien remarquable d'ailleurs que malgré la coexistence de tant et de si graves lésions, celle dont il s'agit a donné lieu à des symptômes très-tranchés, tels à-peu-près sans doute qu'ils eussent été dans une gastrite simple; et que ceux de la pleurésie, de la phthisie, de la péricardite, n'ont pas été moins prononcés.

Il est à croire que la fièvre qui a eu lieu au début de la maladie était le simple résultat du développement des tubercules pulmonaires; car les complications ne se sont manifestées que long-temps après le début, et nous rapporterons des faits de phthisie simple (Obs. 27, 28, 29), dans lesquels la fièvre s'est montrée à la même époque et d'une manière encore plus intense.

Article IV.

SYMPTOMES DES ULCÉRATIONS DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC DANS LEUR ÉTAT DE SIMPLICITÉ.

336. Cet état, comme nous l'avons déjà dit (96), e s'est présenté que deux fois à notre observation. ans le cas où il n'y avait qu'une seule ulcération de eux pouces de surface environ (Obs. 38), le male avait éprouvé, dans les trois derniers mois de son xistence, une douleur à l'épigastre qui augmentait rès le repas; dans le même espace de temps, l'appétit avait successivement diminué, les digestions aient été lentes et pénibles. L'autre fait est relatif à ne jeune fille, dont l'observation suit.

XXe. OBSERVATION.

Une fille, âgée de dix-neuf ans, d'une sensibilité ès-vive, d'une constitution faible et délicate, habiellement maigre, non encore réglée, ayant l'haleine urte depuis l'enfance, fut admise à l'hôpital de la harité le 24 février 1824 : elle était malade depuis ois ans. L'affection avait débuté par une hémoptysie ès-forte, renouvelée deux jours de suite et com-

battue par la saignée. Dans la suite, cette hémorrhagie avait reparu tous les deux ou trois mois, plus souvent l'hiver que l'été : la dernière datait de trente jours. A chaque récidive la malade faisait des efforts de vomissemens et croyait vomir du sang. La toux et les crachats avaient débuté avec l'hémoptysie, pour ne plus discontinuer ensuite ; la dyspnée avait fait des progrès considérables, et parfois la malade s'était plaint de douleurs de poitrine. Il y avait eu assez souvent, dès le début, des nausées, quelquefois même des vomissemens, au milieu des quintes de toux, souvent aussi pour quelques jours, une ou deux semaines, un peu de dévoiement accompagné de coliques ; l'appétit s'était assez bien conservé. Depuis un an les frissons étaient devenus très-fréquens, et dans les derniers quinze jours il s'y était joint de la chaleur dans la soirée et des sueurs pendant la nuit. Il n'y avait pas eu de soif. L'accroissement en hauteur continuait ; la malade assurait avoir peu maigri.

Le 25 février, la figure et toute la surface du corps étaient pâles ; l'appétit un peu déprimé, la langue légèrement blanchâtre, l'épigastre indolent, les selles naturelles, rares : la respiration médiocrement accélérée, l'oppression peu considérable, la toux fréquemment sèche, plus incommode la nuit que le jour ; elle excitait des nausées, quelquefois même des vomissemens. Des crachats épais, verdâtres, peu abondans, se trouvaient au fond d'un liquide clair semblable à de la salive. La poitrine était sonore dans toute son étendue ; on entendait sous la clavicule droite, dans une hauteur de quatre pouces, une large et abondante crépitation : en arrière, dans le point

rrespondant, la respiration était trachéale, la pectoriloquie imparfaite ; à gauche, elle était évidente. e pouls était un peu accéléré, la chaleur douce. Infus. de viol. édul. ; exposit. des part. génit. à la apeur de l'eau; 6 sang. à la vulve; quart de port.)

La marche de la maladie fut lente, mais continue. ès les premiers jours de mars l'appétit diminua beauoup, il y eut de la pesanteur à l'épigastre après le epas, des nausées presque continuelles et des vomissemens, soit à la suite, soit dans les intervalles de la oux. Un peu de bile se mêlait parfois aux matières omies, et pendant tout ce mois la bouche fut presque onstamment pâteuse et amère, la langue blanchâtre u centre et un peu rouge au pourtour. En avril, les ymptômes prirent encore plus d'intensité, les boisons les plus douces causaient du mal-aise à l'épigastre, taient quelquefois vomies. Parfois aussi, quoique eaucoup plus rarement, la malade rendait une certine quantité de bile pure : les nausées étaient connuelles, l'appétit presque nul, le visage triste, l'humeur chagrine ; souvent il y avait de l'anxiété. La soif evint très-vive ; l'aspect de la langue fut le même ue dans le mois précédent ; il n'y eut de douleurs pigastriques à aucune époque. Les mêmes symtômes persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva le 2 mai.

Les selles devinrent molles dans les derniers jours e mars; elles étaient liquides au commencement 'avril, et se maintinrent dans le même état, au ombre de trois à quatre dans la journée, jusqu'au erme fatal. Il y eut très-peu de coliques.

La dyspnée fit des progrès rapides ; la toux fut

constamment plus incommode le jour que la nuit ; les crachats pelotonnés et comme lacérés à compter du mois d'avril, verdâtres, plats, puriformes après le 1er. mai. La poitrine rendait un son fort obscur antérieurement et à gauche dans les derniers jours d'avril. A partir du 18 mars, on entendit sous les deux clavicules, et en arrière dans les points correspondans, la respiration trachéale et la pectoriloquie : il y eut constamment sous la clavicule droite, dans une étendue considérable, une crépitation très-grosse, quelquefois entremêlée de gargouillement : dans les derniers jours d'avril, ce double râle existait aussi du côté gauche, d'abord en avant, puis en arrière dans presque toute l'étendue de la poitrine, ce qui continua jusqu'à la mort. Parfois il y eut des douleurs à l'épaule gauche, au côté droit de la poitrine, ou au larynx.

La chaleur devint très-considérable, les sueurs nocturnes furent très-copieuses, les frissons rares, le pouls très-accéléré depuis la fin d'avril.

La céphalalgie fut constante, plus ou moins forte, et du 20 au 30 avril la malade se plaignit d'une tendance continuelle et insurmontable au sommeil. Ces symptômes se dissipèrent spontanément. Il y eut un peu de délire dans les dernières vingt-quatre heures; les forces diminuèrent graduellement, et la malade ne quitta plus le lit à compter du milieu d'avril.

On lui appliqua neuf sangsues à la vulve le 18 mars; elle fut presque constamment à l'usage d'une potion gommeuse avec un grain d'extrait gommeux d'opium, prit la décoction blanche et le diascordium quand la diarrhée fut considérable, ne mangeait que quelques

mes de riz, et souvent rien, dans les dernières semaines.

uverture du cadavre, trente heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme sans lème.

Tête. Le cerveau et ses annexes parfaitement sains. peine une petite cuillerée de sérosité dans les ventcules latéraux.

Cou. Le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel. membrane muqueuse de la trachée-artère d'un uge plus ou moins vif dans sa partie inférieure, ne bonne consistance.

Poitrine. Quelques adhérences au sommet du umon droit; le gauche parfaitement libre; l'un et tre assez volumineux, d'un rose tendre, violacés en ière seulement. Le lobe supérieur du poumon gauche it dur, offrait à sa surface des bosselures jaunâtres pondant à de petites excavations tuberculeuses, parées de la plèvre par une épaisseur très-peu conérable. Il était converti en tubercules ramollis, omplètement vidés, entre lesquels se trouvait de natière grise demi-transparente, ou un tissu rouge, enu, hépatisé. Une excavation du volume d'une ix, communiquant avec beaucoup de rameaux onchiques très-dilatés, se trouvait à son sommet. y avait une médiocre quantité de tubercules dans lobe inférieur, dont le tissu était légèrement ené, peu consistant, facile à déchirer. Une excavan quatre fois plus considérable que celle du poun gauche, existait au sommet du poumon droit; le

reste du lobe supérieur offrait de la matière grise quelques tubercules et un peu de tissu sain. — Le bronches étaient rouges comme la trachée-artère peu ou point épaissies; les glandes bronchiques vol mineuses, non transformées en tubercules. — L cœur et l'aorte dans l'état normal.

Abdomen. L'estomac avait un volume un peu inf rieur à celui qui lui est naturel, et contenait un petite quantité de liquide jaunâtre. Sa membran muqueuse était blanche, unie, couverte dans le vo sinage du pylore d'un mucus épais. A part cette région et une partie peu considérable de celle du grand cu de-sac, elle offrait dans toute son étendue beaucou d'ulcérations d'une à deux lignes de diamètre, a nombre de soixante-dix à quatre-vingts. Sa destructio n'était pas toujours complète à leur niveau; dans que ques points elle était seulement amincie, et cet amin cissement se présentait sous forme de bandes d deux à trois lignes de largeur. Partout elle avait un couleur blanche, une consistance naturelle, et, au exceptions indiquées près, une épaisseur convenabl —La membrane muqueuse de l'intestin grêle était par faitement saine. — Celle du cœcum offrait quelqu rougeurs, était très-ramollie et boursoufflée dan quelques points. Dans le colon, cette membrane ava seulement un peu moins de consistance que dan l'état naturel. — Les glandes mésentériques et mé socolites n'offraient rien de remarquable. — Le foi était pâle, peu consistant, d'un volume convenable — La matrice large d'un pouce et épaisse de cin lignes seulement. — Les autres viscères en bon état

---

337. Dans la plupart des cas où la membrane mu-
euse de l'estomac est ulcérée, on la trouve plus
moins épaissie ou mamelonnée dans l'intervalle
s ulcérations; mais dans celui dont il s'agit, elle
it conservé la couleur, l'épaisseur et la consistance
lui sont naturelles; ces ulcérations étaient faites
mme par un emporte-pièce; on eût dit que, hors ces
nts, elle était toujours demeurée dans l'état nor-
l. Toutefois les symptômes gastriques furent assez
ves, et ne pouvaient laisser de doute sur l'exis-
ce d'une lésion plus ou moins profonde de la mem-
ne muqueuse de l'estomac; il n'y eut pas de dou-
r épigastrique, mais les nausées et les vomissemens
utèrent long-temps avant la mort, persistèrent
qu'au terme fatal, et malgré sa marche chronique,
ection était encore à découvert, pour ainsi dire.

38. On aura remarqué sans doute que la mem-
ne muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement
e, que celle du colon présentait seulement moins
consistance que dans l'état naturel, et que néan-
ns la diarrhée s'était prolongée plusieurs mois. Il
assez probable que, dans ce cas, elle aura été
etenue, pendant un certain temps, par une altéra-
de sécrétion qui n'avait pas pour cause l'inflam-
ion.

---

39. Quand la membrane muqueuse de l'estomac
it, pour toute lésion, *l'état mamelonné* dont

il a été question, nous n'avons point observé d
symptômes qu'on pût lui attribuer avec quelque ce
titude, et au moyen desquels on pût la reconnaît
pendant la vie. Chez quelques sujets, l'appétit ava
diminué dès le début de la maladie, chez d'autre
à compter du milieu de son cours; plus rarement
s'était maintenu à un certain degré jusque dans l
derniers temps. Un petit nombre de malades avait e
à de longs intervalles, des nausées ou quelques v
missemens; un seul s'était plaint momentanéme
de douleurs à l'épigastre. Chez trois autres, cet
partie avait été un peu sensible à la pression; ma
cette légère sensibilité à l'épigastre existe ass
souvent dans le catarrhe pulmonaire aigu, ch
des sujets dont l'estomac est sain, quand la toux e
fréquente; elle dépendait peut-être ici de la mêm
cause (la toux), et par cela même nous croyons jus
de ne pas en tenir compte.

340. Nous avons comparé les symptômes qui vie
nent d'être indiqués avec ceux du même gen
éprouvés par des malades *dont la membrane muqueu
de l'estomac était parfaitement saine*, sous le trip
rapport de la couleur, de la consistance et de l'épa
seur, et dans l'ensemble des cas nous n'avons trou
aucune différence. Dans ces derniers, comme da
ceux dont il vient d'être question, l'anorexie av
débuté à des époques très-variables; quelques m
lades avaient eu des nausées et des vomissemens,
toujours à des intervalles très-éloignés.

La perte plus ou moins complète de l'appétit ch
des sujets dont la membrane muqueuse de l'estom
était parfaitement saine, prouve que l'anorexie, mêm

longée, ne suffit pas pour conclure à l'existence ne gastrique ; que ce symptôme isolé de la douleur épigastre, des nausées et des vomissemens, est de s-peu d'importance pour le diagnostic de cette maie, et qu'une fonction peut être dérangée trèsg-temps (259), sans altération appréciable de la icture de l'organe qui en est chargé.

D'ailleurs, si l'état mamelonné de la membrane queuse de l'estomac est, comme nous le pens, le produit d'une inflammation très-chroni-, on sent combien il doit être difficile d'en renaître les symptômes dans une maladie où les ctions de l'estomac sont dérangées, lors même sa membrane muqueuse est parfaitement saine. 'en serait sans doute pas ainsi dans le cas où la adie existerait sans complication : du moins on t le présumer par la vingt-deuxième observation.

41. Quand la *membrane muqueuse de l'estomac t plus ou moins rouge dans toute son étendue, sans ation d'épaisseur ou de consistance*, nous n'avons ervé de symptômes gastriques de quelque valeur dans les derniers jours de la vie, savoir des eurs à l'épigastre et des nausées deux ou trois s avant la mort ; symptômes qui indiquaient une mmation récente, comme on pouvait le présumer leurs par la nature de la lésion.

12. *En résumé*, des symptômes plus ou moins es répondaient à la plupart des lésions de la meme muqueuse de l'estomac. Quand elle était raie et amincie, la perte de l'appétit, les nausées, omissemens bilieux, les douleurs à l'épigastre,

avaient presque toujours lieu, et ordinairemen long-temps avant la mort. Quand elle était en flammée dans la partie correspondante, à la fac antérieure de l'estomac seulement, les symptôm étaient beaucoup moins énergiques, généralemen moins nombreux, et de moins longue durée; l'anc rexie était plus ou moins complète; il y avait d nausées, des douleurs à l'épigastre, mais à un degr peu considérable, et chez la quatrième partie d malades, des vomissemens. C'étaient encore l mêmes symptômes dans les cas d'ulcérations larges uniques, ou petites et nombreuses. Quand l'inflam mation était bornée à la partie de la membrane mu queuse qui revêt le grand cul-de-sac, il n'y avait p de vomissemens; les nausées, les douleurs à l'épiga tre, étaient fort rares, et cette absence de symptôme chez un grand nombre de sujets, nous a fait pens que l'inflammation dont il s'agit débutait le plus o dinairement dans les derniers jours de la vie, peu être même dans quelques cas, comme la péripneu monie et la pleurésie, dans les dernières vingt-quat ou quarante-huit heures. Enfin, aucun symptôm n'annonçait, d'une manière positive, l'état mam lonné de la membrane muqueuse de l'estomac; quand on la trouvait universellement rouge, sans a ration d'épaisseur ou de consistance, une partie d malades avait éprouvé, deux ou trois jours avant mort, des nausées et des douleurs à l'épigastre.

La simple exposition des faits indique assez cla rement, il nous semble, de quelle manière on d envisager les vomissemens qui surviennent dans le cou de la phthisie, vomissemens qu'on a regardés jusqu'

me un des symptômes de la maladie. Quand ils été devancés pendant un certain espace de temps la perte plus ou moins marquée de l'appétit, et ls sont accompagnés de douleurs à l'épigastre, on les considérer comme l'indice d'une lésion or- iirement très-grave de la membrane muqueuse l'estomac, et ce cas est le plus fréquent. Il est plus de pouvoir les attribuer uniquement à la toux; alors il n'y a pas de douleur à l'épigastre, l'ap- t est bon, la digestion est facile, le plus souvent au début de l'affection; tandis que quand ils l'indice d'une maladie de l'estomac, c'est pres- toujours à une période plus ou moins avancée ı phthisie qu'on les observe.

outefois, ici comme dans mille autres circons- es, il est des faits qui mettent en défaut la sa- é de l'observateur, et semblent se soustraire lois les plus générales : ainsi, un de nos malades dans le dernier mois de son existence, des dou- à l'épigastre, des nausées et des vomissemens, pendant la toux, soit dans ses intervalles, bien la membrane muqueuse de l'estomac fût parfai- nt saine.

3. Pour terminer ce que nous avions à dire au de cette membrane chez les phthisiques, nous orterons deux faits, dont l'un nous semble offrir mple d'une gastrite chronique avec ulcération uelque sorte cicatrisée; l'autre, l'exemple d'une die du même genre avec destruction complète tunique musculaire dans un point, les membra- muqueuse et sous-muqueuse correspondantes conservées.

XXIe. Observation.

Un cordonnier, âgé de trente quatre ans, d'une taill moyenne, d'une constitution peu forte, livré dai l'enfance à la masturbation, fut admis à l'hôpital de Charité le 12 juillet 1824. Habituellement bien po tant, il n'avait jamais eu d'affection grave, n'éta pas sujet au rhume, se disait malade depuis un an demi, ne travaillait pas depuis cinq mois, et attr buait sa maladie à des chagrins profonds causés par perte de ses épargnes. Cette maladie avait débuté p un dévoiement peu considérable, accompagné de perte presque complète de l'appétit. Ces symptôm avaient persisté pendant onze mois d'une manière ui forme, sans fièvre, sans nausées, sans vomissemen quelquefois unis à de légères douleurs à l'épigastr Après cette époque, le malade avait été pris, sans cau connue, au milieu de la nuit, d'une abondante h moptysie évaluée à une demi-pinte, qui se reno vela deux jours de suite, et parut céder à l'usa des boissons fortement acidulées. La toux, des cı chats, de la dyspnée, s'y joignirent, souvent mê il y eut des vomissemens après la toux, et dès-lors diarrhée cessa. Bientôt l'appétit revint, les vomis mens s'éloignèrent, et dans les quatre derniers m il y eut des sueurs nocturnes, rarement précéd de frisson. Jamais de douleurs de poitrine.

Le 13 juillet, pâleur universelle, faiblesse consi rable, douleurs dans les membres, soif variable, qu

efois nulle; langue dans l'état naturel, épigastre lolent, selles quotidiennes d'une bonne consisıce. Pouls petit et faible, médiocrement accéléré, aleur modérée, forte le soir; sueurs la nuit. Respiion bruyante, comme caverneuse au sommet et tout tour de la poitrine du côté gauche, naturelle et ıs aucune espèce de râle ailleurs; parole brève, opssion peu considérable, crachats verdâtres, petits, érés, peu abondans. Amaigrissement considérable. is. de lich.; pot. gom.; julep; quart de port.)

Dès-lors, jusqu'au 8 août, il n'y eut ni nausées vomissemens; l'appétit se releva, et la digestion ut assez facile. Il y eut toujours un peu de chaır le soir, et quelquefois des sueurs pendant la nuit; dyspnée diminua, mais la faiblesse fut toujours ısidérable.

Le malade ayant quitté l'hôpital à cette époque, toux redoubla dès le lendemain de sa sortie, les missemens reparurent, et il perdit l'appétit. Reıu dans le même service, nous l'observâmes depuis 10 août jusqu'au 2 novembre, jour de la mort, et ci ce que nous remarquâmes :

Les vomissemens cessèrent et ne reparurent plus; orexie ne persista que quelques jours, et bientôt pétit fut le même qu'avant la sortie du malade; il ninua le 2 octobre, au début de la diarrhée, et fut trèsble ensuite. Il n'y eut pas de douleur à l'épigastre, le dévoiement, qui avait commencé d'une manière lente, accompagné de faiblesse et d'accélération du uls, diminua promptement. La langue fut presque ıjours un peu rouge et violacée; la chaleur plus ou

moins forte le soir et pendant la nuit; les sueurs et les frissons rares.

Le 22 septembre, la poitrine rendait au-dessous de la clavicule gauche un son très-obscur; l'espace dans lequel on l'observait s'étendit successivement davantage, en sorte qu'au milieu d'octobre le son mat existait dans toute la partie antérieure du côté gauche du thorax. Dans le même temps, la respiration était trachéale sous les clavicules, et bientôt on y entendit du gargouillement.

L'affaissement devint tout-à-coup très-considérable le 1er novembre, et le 2, à cinq heures du soir, le malade mourut.

On le mit pendant quelques jours à l'usage de l'eau de riz, puis à l'infusion de violette; et dans le dernier mois il ne mangea pour ainsi dire qu'un peu de soupe ou quelques crêmes de riz.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, un peu moins à la base du crâne; cerveau mou et injecté.

Cou. Épiglotte dans l'état naturel. Larynx pâle, offrant deux ulcérations superficielles, l'une à la réunion des cordes vocales, et l'autre sur la corde vocale inférieure du côté gauche. — Membrane muqueuse de la trachée-

tère un peu rouge, semée d'un grand nombre d'ulcé-
tions d'une ligne de diamètre, ou à-peu-près, sans
paississement à leur pourtour, ni dans leurs inter-
alles. Quelques ulcérations semblables dans les bron-
hes du côté gauche.

Poitrine. Faibles adhérences au sommet des deux
oumons. Le lobe supérieur de celui du côté gauche
ait compact, offrait deux grandes excavations ta-
ssées par une fausse membrane semi-cartilagi-
euse grisâtre et incomplètement opaque, remplies
une matière verdâtre dont l'analogue se retrouvait
ans les bronches. Le reste du lobe était converti
n matière grisâtre demi-transparente au milieu de
quelle se trouvaient beaucoup de petites excava-
ons incomplètement vidées, dont plusieurs n'étaient
parées de la plèvre que par une pellicule très-fine.
e lobe inférieur offrait à son sommet un peu de
atière grise demi-transparente, mêlée de tuber-
les. — Les lésions étaient les mêmes, mais
oins étendues et moins prononcées dans le poumon
oit. — Cœur sain : plaques blanches semi-cartila-
neuses en grand nombre dans les parois de l'aorte.

Abdomen. Estomac d'un volume médiocre, un peu
ranglé à sa partie moyenne. Sa membrane mu-
ueuse d'une couleur fauve dans le grand cul-de-sac,
us ou moins grisâtre partout ailleurs : cette nuance
terrompue dans quelques points par des taches
anchâtres, d'une à deux lignes de diamètre, au ni-
au desquelles on la trouvait amincie. L'une de ces
ches était beaucoup moins blanche, légèrement
isâtre, ovalaire, avait sept lignes de long sur
nq de large, était placée à égale distance du car-

dia et du pylore, près de la petite courbure et sur la face postérieure de l'estomac. La membrane muqueuse ne la recouvrait pas, finissait d'une manière insensible à sa circonférence, après avoir diminué successivement d'épaisseur dans la largeur d'un pouce et demi. Sa terminaison était d'autant plus insensible que sa couleur grisâtre se confondait presque insensiblement avec celle de la tache, laquelle appartenait au tissu sous-muqueux ; en sorte qu'après avoir enlevé toute la membrane muqueuse, l'intérieur de l'estomac était blanc sauf cette tache. Celle-ci était encore circonscrite par un bourrelet aplati, peu épais, d'une ligne de large environ, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux plus adhérent à la tunique musculaire, dans ce point, que partout ailleurs. Dans sa portion amincie, la membrane muqueuse avait un peu moins de consistance que dans le reste de son étendue. La tunique musculaire n'offrait aucune altération.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait une consistance et une épaisseur convenables, offrait plusieurs ulcérations étroites, transversales, en forme de boutonnière dans la première partie, puis dans son dernier quart, un nombre assez considérable de granulations jaunâtres, d'apparence tuberculeuse, ulcérées à leur sommet, du volume d'un petit pois et au-dessous. — Il y avait, dans le gros intestin, beaucoup d'ulcérations, de deux pouces à un pouce en surface, moins larges dans le rectum que partout ailleurs. La plupart d'entre elles avaient une surface inégale, due à la saillie des faisceaux de la tunique musculaire mise à découvert, et épaisse

d'une demi-ligne dans le point correspondant : à leur contour la membrane muqueuse était rouge et épaissie; ailleurs elle était parfaitement saine. — Les glandes mésocolites avaient le volume d'un gros pois, étaient jaunâtres, tuberculeuses, fermes; celles du mésentère dans l'état naturel. — Il n'y avait qu'un rein ; il était placé à droite, avait un volume à-peu-près double de celui qu'on observe ordinairement, deux scissures, l'une antérieure, l'autre placée à son bord interne, et deux petits bassinets dont les branches se réunissaient après un court trajet en un seul canal qui formait l'uretère.

---

344. La perte de l'appétit survenue chez le malade onze mois avant le début de la toux, à une époque où, suivant toutes les apparences, l'affection tuberculeuse des poumons n'existait pas encore, tenait sans doute à une inflammation chronique de la membrane muqueuse de l'estomac, dont l'amincissement et la destruction partiels auront été la suite. Dans les cas ordinaires, quand cette membrane est détruite dans une certaine étendue, la partie qui borne l'ulcération est dans l'état naturel, ou du moins sans amincissement ou épaississement; le tissu sous-muqueux qui en fait le fond ne change pas de couleur, est quelquefois un peu épaissi, ou partiellement détruit, comme nous en avons vu des exemples (Obs. 58) ; il ne forme pas de bourrelet autour de la membrane muqueuse. La différence de ces caractères avec ceux de l'ulcération du sujet qui nous occupe,

n'indique-t-elle pas, réunie à l'histoire des symptômes, qu'il y a eu ici une gastrite très-chronique, terminée par une ulcération de la membrane muqueuse plus ou moins complètement cicatrisée ? On dira peut-être que dans le cas de cicatrisation, la membrane muqueuse se serait avancée au-delà du bourrelet; à quoi nous répondrons que, sur le petit nombre d'individus qui nous ont offert, dans l'intestin grêle, des cicatrices évidentes, la membrane muqueuse s'arrêtait constamment au pourtour de l'ulcération.

XXIIe. Observation.

345. Une femme, âgée de quarante-neuf ans, tireuse d'or, d'une constitution peu forte, rarement enrhumée, fut admise à l'hôpital de la Charité le 13 juillet 1824. Elle était malade depuis un an, et avait cessé de travailler depuis cinq semaines. Au début, mal-aise, sentiment de faiblesse, perte incomplète d'appétit, amaigrissement. Au cinquième mois de cet état, toux, crachats, dyspnée, non interrompus ensuite, continuation des premiers symptômes : anorexie complète, diarrhée dans les quatre dernières semaines; douleurs, picotemens du côté droit de la poitrine au quatrième mois de la toux, plus ou moins considérables depuis. D'ailleurs, point d'hémoptysie, de sueurs nocturnes, de douleurs à l'épigastre. Frissons rares.

Le 14 juillet, affaiblissement considérable, mai-

reur extrême, œdème borné au bas des jambes. Langue un peu rouge à la pointe, bouche pâteuse et quelquefois amère, soif variable, anorexie presque complète, rénitence marquée à la région épigastrique et au-dessous des fausses côtes droites, dans la hauteur de trois pouces; nulle douleur dans le point correspondant; pulsations à l'épigastre depuis quelques jours, une selle liquide, tension légère à l'hypogastre. Toux fréquente le matin, quelques crachats verdâtres et opaques : du côté droit, la poitrine ne rendait aucun son à sa partie antérieure; il en était à-peu-près de même en arrière dans le point correspondant : la respiration trachéale, le gargouillement et la pectoriloquie existaient sous la clavicule droite, dans une étendue assez considérable; le décubitus de ce côté provoquait la toux et augmentait la dyspnée. Le pouls était assez large et médiocrement accéléré. (Tis. de riz avec le sir. de coing; pot. gom.; trois riz.)

L'anorexie persista, la diarrhée fit des progrès, devint même considérable, puis cessa presque entièrement dans les premiers jours du mois d'août : il n'y eut ni nausées, ni vomissemens, ni douleurs à la région de l'estomac. L'hypogastre devint le siége d'un sentiment de pesanteur très-incommode, surtout après le repas, qui se composait quelquefois d'un œuf et d'un peu de pain : il y eut un léger météorisme. Les douleurs disparurent, les selles devinrent très-fréquentes et surtout très-fétides pendant les quatre derniers jours, et la malade mourut le 17 août à neuf du matin.

Pendant les trente-trois jours qu'elle fut soumise à notre observation, l'état de la langue fut très-va-

riable : sa couleur ordinairement naturelle, était parfois d'un rouge plus ou moins vif, sans qu'on observât en même temps un changement quelconque dans les fonctions de l'estomac ou de l'intestin.

La chaleur était ordinairement considérable le soir; il n'y eut pas de sueurs, et l'état de la respiration, constaté à différentes reprises, parut à peu de chose près le même que le premier jour.

On prescrivit le diascordium avec un grain d'opium quand la diarrhée augmenta.

Ouverture du cadavre, vingt-trois heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme.

Tête. Une petite cuillerée de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde, un peu d'emphysème sans infiltration entre cette membrane et la pie-mère. Une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral. La moitié inférieure du cerveau avait moins de consistance que la supérieure. La protubérance cérébrale et la moelle épinière en avaient moins encore. Trois cuillerées de sérosité un peu écumeuse à la partie inférieure du rachis.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Poumon gauche libre; son lobe supérieur très-bosselé par l'effet d'un assez grand nombre de granulations ou de tubercules ramollis ou non-ramollis, voisins de sa surface. Il y en avait aussi beaucoup à l'intérieur. Le lobe inférieur en contenait peu. Le poumon droit adhérait, dans presque toute son

endue, à la plèvre costale, au moyen d'une fausse embrane semi-cartilagineuse. On voyait, au sommet son lobe supérieur, une vaste excavation anfraceuse tapissée par une fausse membrane grisâtre, ès-dense, et d'une demi-ligne d'épaisseur, contenant ie matière verdâtre, souillée de sang, et offrant ielques brides de peu de longueur. Dans le reste de n étendue, le lobe supérieur était dur et transformé . matière grisâtre et noirâtre en haut, grisâtre, homogène, dure, un peu élastique, plus ou moins demiinsparente dans sa partie inférieure: il était traversé r des cloisons irrégulières semi-cartilagineuses, et intenait des tubercules plus ou moins complètement mollis ou vidés. — Les bronches étaient beaucoup us épaisses, plus larges et plus rouges dans le lobe périeur droit que dans le gauche. — Le cœur était tit et sain: il y avait plusieurs plaques jaunâtres dans ute l'étendue de l'aorte.

Abdomen. Une pinte et demie de sérosité roussâtre ns l'abdomen. — Le foie dépassait les côtes de atre pouces, descendait au-dessous de la crête de s des îles, était ferme et cassant. La vésicule biliaire ntenait un fluide d'une couleur très-foncée, d'une nsistance poisseuse. — L'estomac était petit, adhét d'une manière intime, dans un point de sa face stérieure, au pancréas dont le tissu était beaucoup us dur que dans l'état ordinaire: sa membrane mueuse était d'un gris faiblement nuancé de rose, amelonnée dans toute son étendue, un peu épaissie, peu moins consistante le long de la grande courre que dans l'état naturel, couverte d'un mucus ez abondant et visqueux. Près de la petite cour-

bure, entre le cardia et le pylore, dans la partie correspondante à l'adhérence indiquée avec le pancréas, se trouvait une légère dépression de la largeur d'un écu de cinq francs, autour de laquelle la membrane muqueuse grimaçait un peu. Dans le point déprimé elle était très-amincie, cassante, non-mamelonnée; le tissu cellulaire correspondant était sain, la membrane musculaire détruite et remplacée par un tissu blanc semi-cartilagineux, d'un demi-millimètre d'épaisseur, auquel s'inséraient les fibres charnues. Celles-ci étaient épaisses de plus d'une demi-ligne au point d'insertion, dans la largeur de quatre lignes, et d'ailleurs parfaitement saines : le tissu cellulaire sous-muqueux était durci et épaissi dans la même étendue.

L'intestin grêle contenait une matière grisâtre, ténue, peu odorante; sa membrane muqueuse était légèrement ramollie, offrait dans toute sa longueur un grand nombre de petites ulcérations, plusieurs desquelles se trouvaient au centre des plaques — Pareilles ulcérations existaient tout le long du gros intestin jusqu'à l'anus; leur fond était formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, très-légèrement épaissi : dans leur intervalle, la membrane muqueuse était molle comme du mucus et doublée d'épaisseur : partout elle était en contact avec une matière liquide grisâtre et rougeâtre. — Les glandes mésentériques et mésocolites étaient un peu volumineuses, mais saines. — La rate petite, d'un tissu ferme, comparable à celui du foie. — L'appareil des voies urinaires dans l'état naturel.

346. L'état de la membrane muqueuse de l'estomac, grise et mamelonnée dans presque toute son étendue, amincie dans un point, un peu épaissie ailleurs; la diminution de l'appétit long-temps avant le début de la phthisie; tout rapproche cette observation de la précédente, et indique une gastrite chronique, très-antérieure à l'affection tuberculeuse des poumons, et long-temps simple. Sous ce rapport, cette observation est d'un grand intérêt, en ce qu'elle prouve ce que nous n'avions encore fait que soupçonner, que l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac est le produit d'une affection chronique qui ne donne lieu qu'à des symptômes très-obscurs. Jusqu'ici, en effet, nous n'avions observé cet état qu'au milieu de complications plus ou moins nombreuses, et les symptômes gastriques n'ayant pas différé alors dans la généralité des cas, de ceux observés quand la membrane muqueuse était saine (339, 340), il était impossible de savoir en quoi ils consistaient. L'observation actuelle montre d'une manière plus précise que ses symptômes sont très-obscurs et se bornent sans doute, dans la plupart des cas, à une diminution plus ou moins marquée de l'appétit et à la difficulté des digestions. Nous ne disons pas toujours, car nous avons vu que dans certains cas où cet état est joint à une *rougeur* plus ou moins vive, il y a quelquefois des nausées et des douleurs à l'épigastre (90, 326).

La transformation de la membrane musculaire, dans une partie de son étendue, en une matière semi-car-

tilagineuse n'est pas moins digne d'attention. Sans rechercher l'époque de cette transformation, ni la nature des causes qui l'ont amenée, nous dirons que dans ces derniers temps encore, nous avons observé un fait qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci; seulement, au lieu d'être transformée en matière semi-cartilagineuse, la membrane musculaire était changée en un tissu fibreux d'un millimètre d'épaisseur. Le tissu cellulaire correspondant était plus ou moins épaissi.

Article V.

ÉTAT DE LA LANGUE.

347. Il convient, après avoir étudié les symptômes qui répondent aux diverses lésions de la membrane muqueuse de l'estomac, de rechercher s'il n'y a pas quelque rapport entre cet état et celui de la langue : voici ce que nous avons observé à cet égard.

Sur dix-neuf cas de ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, la langue, toujours humide, n'a présenté de rougeur sensible à aucune époque de la maladie chez neuf individus; et des dix autres, quatre seulement l'ont eue rouge à la pointe et au pourtour pendant quinze ou vingt jours, tandis que chez les six derniers, cette coloration n'a eu lieu que très-momentanément, deux ou trois jours seulement.

348. Dans les huit cas où l'inflammation était

›rnée à la partie de la membrane muqueuse qui couvre la face antérieure de l'estomac, nous avons la langue rouge ou pâle un égal nombre de fois. iez l'un des sujets la rougeur fut très-passagère.

349. Quand l'inflammation occupait la totalité ou une ırtie du grand cul-de-sac, auquel cas elle ne débutait obablement, comme il a été dit, que dans les derniers urs de la vie, la langue était dans l'état naturel chez ›r sujets; tandis que chez les sept autres elle offrait ıe couleur un peu rouge au pourtour, soit vers la de l'existence, soit à une époque un peu éloignée terme fatal, pour un petit nombre de jours seuıent.

350. Dans les cas ou la membrane muqueuse de stomac offrait un aspect mamelonné, plus ou moins néral et prononcé, huit sujets sur dix-neuf avaient la langue d'un rouge plus ou moins vif pendant espace de temps très-variable : chez les autres, : était restée dans l'état naturel. — Elle offrit un ıès de rougeur pendant une ou plusieurs semaines six des quatorze autres sujets dont la membrane queuse de l'estomac présentait des lésions variées.

351. Enfin, dans les cas où cette membrane était faitement saine sous les rapports de couleur, de sistance et d'épaisseur, la langue avait été plus ou ins rouge, dix fois sur dix-neuf sujets; et même z l'un d'eux, la rougeur exista dans tout le cours la maladie, plus vive que chez aucun de ceux dont été question précédemment; et à une certaine épo- : elle devint sèche, à-peu-près comme cela a lieu s certains cas de fièvre grave. Le fait dont il s'agit ıs semble assez important pour trouver place ici.

XXIII°. Observation.

Un charron, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution médiocrement forte, était malade depuis trois semaines quand il fut admis à l'hôpital de la Charité. Il disait avoir eu sept mois auparavant une fièvre continue, qui avait duré cinq semaines sans occasioner de diarrhée; après quoi sa santé s'était parfaitement rétablie, il avait recouvré son embonpoint et ses forces; ses digestions avaient été faciles et régulières, son appétit excellent jusqu'à l'époque à laquelle il tomba de nouveau malade. Pendant les huit premiers jours de cette nouvelle affection, mal-aise, anorexie presque complète, soif, toux légère, inaptitude au travail; puis chaleur sans frissons, sueurs la nuit, soif intense, anorexie complète, augmentation de la toux, douleurs au niveau du sternum, bourdonnemens d'oreille dès que le malade se levait, obligation de garder le lit. On appliqua des sangsues à l'épigastre qui n'était pas douloureux, sans la moindre amélioration dans l'état des symptômes.

Le 3 août 1824, lendemain du jour d'entrée du malade à l'hôpital, il était dans l'état suivant: figure un peu animée, sentiment de faiblesse considérable. Langue sèche, luisante, d'un rouge vif au pourtour, jaunâtre, humide et villeuse au centre; soif extrême, anorexie, bouche amère, épigastre indolent; tout l'abdomen insensible à une pression forte, consti-

ation. Pouls à soixante-quinze pulsations par minute, f et large ; chaleur élevée. Respiration peu fréquente, aucune espèce de râle dans toute l'étendue e la poitrine ; douleur derrière le sternum par la oux ; crachats peu abondans, médiocrement aérés. — ttitude naturelle, mal-aise peu considérable. (Limon. r. ; lav. émoll. ; diète.)

Les jours suivans, la langue fut humide, nette très-rouge dans toute son étendue : il y eut une ou eux selles liquides en vingt-quatre heures ; l'anorexie ersista, et la limonade paraissant occasioner du al-aise à l'épigastre, on ordonna une solution d'oxycel simple. Le pouls fut encore moins accéléré que premier jour.

Le 11, l'état de la langue et des voies digestives avait pas sensiblement changé ; la solution d'oxymel mple n'était pas mieux supportée que la limonade : y eut un léger vomissement de bile. Le malade ne plaignait que de la poitrine à la partie postérieure laquelle on entendait, du côté droit, un peu de le sonore. (Sol. de sir. de g.)

Depuis cette dernière époque jusqu'au 8 septembre, jour de la mort, la soif fut plus ou moins vive, norexie constante, l'épigastre indolent : il y eut ois vomissemens de bile les 22, 29 et 30 août. état de la langue offrit quelques variations : le 16, le était d'un rouge très-foncé, tendait à la sécheresse ; le 28, elle offrait, avec le même aspect, un rtain nombre de petites taches blanches couenneuses sur ses parties latérales : le 1er. septembre, le était encore plus rouge que d'ordinaire, parfaitement nette et piquante. Le 5, à cette rougeur,

chaque jour plus foncée, se joignaient de la sécheresse et un excès d'épaisseur qui persistèrent jusqu'à la mort. Les selles devinrent rares ; il n'y eut de diarrhée que dans les huit derniers jours, le ventre fut un peu ballonné à la même époque.

Le 16 août, l'oppression avait un peu augmenté ; le 21, la douleur de poitrine, la toux, la dyspnée, étaient dans un état stationnaire ; la respiration moins forte antérieurement du côté gauche que du côté droit, les crachats rares, un peu verdâtres et opaques. Il en fut ainsi jusqu'au terme fatal.

Le pouls qui était presque parfaitement calme le 25 août, battait quatre-vingt-cinq fois par minute le 28 : la chaleur augmenta dans la même proportion, et la fièvre persista au même degré les jours suivans.

A compter du 28 août, la faiblesse et l'amaigrissement firent des progrès rapides, et bientôt le malade ne put descendre du lit. Il mourut paisiblement, sans délire, et presque sans râle, à quatre heures du soir.

Il fut presque toujours à l'usage de la solution de sirop de gomme et des lavemens de lin : on lui appliqua des sangsues à l'anus le 16 août et le 5 septembre, sans la moindre amélioration.

Ouverture du cadavre, seize heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable ; substance médullaire du cerveau un peu injectée ; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, autant à la base du crâne.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère
is l'état naturel.

Poitrine. Adhérences celluleuses dans une grande
rtie de la surface des poumons. Leur lobe supérieur
ntenait beaucoup de tubercules suppurés, plus
mbreux à droite qu'à gauche, et antérieurement
'en arrière; ailleurs, il n'y avait que des tubercu-
crus. Autour des uns et des autres, le parenchyme
lmonaire était sain, et nulle part on n'observait de
anulations grises demi-transparentes. — Bronches
nces et d'un rose pâle — Le cœur et l'aorte dans
tat naturel.

Abdomen. L'estomac avait un petit volume, offrait
assez grand nombre de replis valvuleux à l'inté-
eur. Sa membrane muqueuse était veloutée, pâle,
ns la moindre injection, d'une consistance et d'une
aisseur convenables dans toute son étendue. —
même pâleur existait dans toute la longueur de
ntestin grêle dont la membrane muqueuse était
rfaitement saine, à part une ulcération très-pâle
une ligne de diamètre, à un pied du cœcum. — La
embrane muqueuse du gros intestin était blanche,
une épaisseur et d'une consistance naturelles, si ce
est dans les deux derniers pieds où elle était d'un
uge livide, ramollie, et offrait un grand nombre
petites ulcérations, au centre desquelles se trouvait
petit caillot de sang bien noir.

Le mésentère formait une espèce de gâteau inégal,
lati, d'un pouce d'épaisseur, de trente pouces
surface au moins, formé par la réunion des glan-
es mésentériques entièrement tuberculeuses, non
mollies, de la grosseur d'une châtaigne plus ou

moins. Beaucoup de glandes lombaires avaient subi la même transformation, mais partiellement. — Le pancréas était plus dur et plus blanc que dans l'état ordinaire : le reste des viscères de l'abdomen sain.

---

352. L'absence de douleur à l'épigastre chez un sujet dont la maladie avait une marche assez aiguë, qui jouissait de toute l'intégrité de son intelligence, et n'avait eu que quelques vomissemens de bile, nous détourna de l'idée d'une gastrite ; et n'ayant encore sur l'état des poumons que des indices, nous ne pûmes nous former d'opinion bien précise sur la nature de la maladie que nous observions ; mais le dépérissement progressif, la rougeur et la sécheresse de la langue, la persistance des mêmes symptômes, dont la marche était croissante, nous firent penser que la maladie était et deviendrait promptement mortelle. Comme en beaucoup d'autres circonstances, l'état de la langue nous a été de quelque utilité pour le pronostic, et nous croyons que c'est surtout, et presque uniquement à cela qu'on devrait réduire le rôle de la langue en pathologie. Du moins, ce qui doit paraître de la dernière évidence, d'après les faits qui viennent d'être rapportés, c'est qu'il n'y a aucune relation entre l'état de la langue et celui de l'estomac ; car si dans certains cas elle est rouge dans la gastrite, le contraire est encore plus fréquent ; et d'un autre côté, elle est quelquefois sèche, dure et très-rouge quand la membrane muqueuse de l'estomac est parfaitement saine.

D'ailleurs, ces faits n'ont rien qui doive surpren-

re; ils prouvent seulement que la langue n'est pas soustraite aux lois générales de l'économie, ce qui aurait lieu si elle indiquait constamment et uniquement l'état de la membrane muqueuse de l'estomac. Qu'en effet, qu'il y ait un mouvement fébrile quelconque, l'économie entière y participe plus ou moins; l'appétit se perd, la peau devient chaude, humide, et souvent injectée; les sécrétions s'altèrent, l'urine est rouge, cuisante, etc., etc. Pourquoi la langue serait-elle étrangère à ces mouvemens? Pourquoi la verrions-nous pas alors plus ou moins rouge, sèche, humide, nette ou limoneuse?

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, l'anorexie était complète; et cette circonstance est d'autant plus remarquable, qu'outre l'intégrité de la membrane muqueuse de l'estomac, il y avait fort peu de fièvre à cette époque; ce qui prouve qu'on peut perdre l'appétit sans avoir de fièvre, pour ainsi dire, et sans que la membrane muqueuse de l'estomac présente altération sensible.

253. A part une très-petite ulcération, la membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine, et tout le mésentère transformé en matière tuberculeuse. Comment ne pas admettre que cette transformation ait été entièrement indépendante de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin, comme nous l'avons fait voir plus haut (151)?

---

254. Dans quelques cas, la langue était le siége d'une *exudation albumineuse* plus importante à étu-

dier que la simple rougeur. Cette exudation se développait dans les derniers temps de la maladie, quatre, huit, dix, quelquefois même soixante jours avant la mort; tantôt sous forme de plaques de deux à trois lignes de surface, qui, en se réunissant, couvraient quelquefois la langue dans toute son étendue; tantôt sous forme de petits grains semblables à ceux de la semouille, séparés par des espaces plus ou moins considérables dans lesquels le tissu de la langue était à découvert. Facile à enlever, d'un demi-millimètre plus ou moins d'épaisseur, l'exudation se renouvelait ordinairement plusieurs fois avant la mort. Dans la plupart des cas, elle se développait à-la-fois sur la langue et les différentes parties de la bouche, les lèvres, les joues, les gencives, quelquefois même sur la voûte palatine. Presque toujours la langue était le siége de picotemens douloureux, plus ou moins brûlante et rouge; dans quelques cas néanmoins, nous l'avons vue très-pâle au-dessous des plaques elles-mêmes.

355. Ces différens symptômes, la rougeur, la chaleur, les picotemens, la nature albumineuse de l'exudation (1), indiquent une véritable inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre la langue. Cependant nous venons de dire qu'elle était quelquefois pâle au-dessous des plaques et dans leur intervalle, et la pâleur d'un organe aussi vasculaire que la langue se concilie difficilement, il faut en convenir, avec l'idée de l'inflammation. Se pourrait-il que les fausses membranes albumineuses ne

(1) *Voyez* la *Dissertation inaugurale* de M. Blache, 1824.

ssent pas toujours le résultat d'une phlegmasie, que dans certaines circonstances on dût les consi-rer comme le produit d'une sécrétion altérée par e cause différente de la phlogose ? C'est une ques-n difficile à résoudre d'une manière générale, mais sez naturelle, il nous semble, à la suite du fait qui nt d'être rappelé. On arrive bien rarement à des sultats satisfaisans quand on s'occupe de la recherche s causes, et comme les caractères anatomiques de flammation sont obscurs dans bien des cas, nous oyons utile de noter scrupuleusement tout ce qui rapporte.

356. Quoi qu'il en soit, on ne saurait douter que udation qui nous occupe ne soit presque cons-mment le produit de l'inflammation de la membrane queuse, et sous ce rapport ce fait vient encore appui de ce qui a été dit sur la fréquence des elgmasies à la fin des affections chroniques (1).

357. Cet état de la langue n'était pas plus que la ple rougeur en rapport avec celui de la membrane queuse de l'estomac. Nous l'avons observé sur la tième partie des sujets, trois fois dans le cas de ollissement avec amincissement de la membrane queuse dont il s'agit, quatre fois quand son in-mmation était bornée à la partie qui recouvre la e antérieure de l'estomac, trois fois chez les sujets elle était parfaitement saine, et deux fois dans le te des cas.

) *Voy.* le *Résumé de la première partie*, p. 177.

Chapitre VI.

ÉTAT DES FONCTIONS DES ORGANES GÉNITAUX.

Article premier.

CHEZ L'HOMME.

358. Plusieurs fois nous nous sommes informé auprès des phthisiques de leur penchant aux plaisirs de l'amour, et dans tous les cas il nous a paru diminué proportionnément à la perte des forces, au malaise et aux autres symptômes, à-peu-près comme chez les sujets atteints de toute autre espèce de maladie. Toutefois, quand l'affection tuberculeuse n'a encore fait que peu de progrès, que les forces sont peu affaiblies, mais assez cependant pour empêcher les malades de se livrer à leurs occupations, il pourrait se faire qu'ils eussent un goût plus décidé pour les plaisirs de l'amour que dans l'état de parfaite santé, ce qu'on expliquerait sans peine par le seul effet du désœuvrement qui laisse la pensée dans une espèce de vague, et livre l'homme à toutes ses impressions? Mais il serait bien singulier qu'au milieu de la détérioration générale de toutes les fonctions, celles de la génération prissent réellement une énergie toute particulière, et c'est une raison de n'admettre

tte assertion, à laquelle on croit généralement, que des preuves bien positives.

Article II.

CHEZ LA FEMME.

359. L'évacuation menstruelle cessait à une époe plus ou moins avancée de la maladie. Une seule s elle persista jusqu'à la mort, mais irrégulière, u abondante, et dans les trois derniers mois de istence, elle avait lieu tous les dix jours. La nme qui fait l'objet de cette observation fut malade uf mois et demi, et eut pendant tout cet intervalle temps une toux sèche : à l'ouverture de son corps trouva beaucoup d'excavations tuberculeuses dans poumons, et l'utérus petit et sain. Dans d'autres, les règles éprouvaient, avant leur suppression ale, des irrégularités plus ou moins considérables, t pour la quantité, soit pour l'époque de leur reur; et dans tous, à part la diminution plus ou moins rquée de son volume, l'utérus était parfaitement n : nouvelle preuve de ce que nous avons déjà dit isieurs fois (259, 340), que le dérangement d'une iction ne suppose pas toujours l'altération, du ins sensible, de l'organe qui en est chargé.

360. Quand la phthisie durait moins d'un an, la ppression des règles avait lieu, terme moyen, dans moitié de son cours. Si elle ne parcourait ses pé-

riodes que dans l'espace d'une à trois années, c'était seulement dans le dernier tiers. Toutefois, on aurait une idée bien imparfaite du symptôme dont il s'agit, si l'on n'indiquait ses limites. Ainsi, une jeune femme dont la maladie dura trois ans, cessa d'avoir ses règles à la fin du treizième mois, tandis qu'une autre à-peu-près du même âge, et dont l'affection ne fut pas de moins longue durée, les eut jusqu'à l'avant-dernier mois qui précéda la mort.

Dans les cas où la phthisie avait une marche lente, nous n'avons pu trouver la cause qui retardait ou accélérait la suppression du tribut périodique; mais quand elle arrivait au terme fatal en moins d'une année, cette suppression coïncidait dans la plupart des cas, avec le début de la fièvre, c'est-à-dire avec une époque à laquelle l'influence de la maladie principale sur les fonctions des différens organes devenait plus évidente et plus réelle.

361. La menstruation ayant continué dans certains cas, avec quelque régularité, jusqu'au dernier mois de l'existence, on conçoit sans peine que la grossesse puisse avoir lieu et marcher convenablement pendant le cours de la phthisie : nous en avons observé deux exemples. Le plus remarquable est relatif à une femme qui mourut dans le dernier degré de marasme, vingt jours après être accouchée d'un enfant très-robuste. Ses poumons présentaient un grand nombre d'excavations tuberculeuses.

362. Nos observations ne nous ont pas mis à portée de savoir si la grossesse est ou non une circonstance capable de retarder la marche de la phthisie; et l'on conçoit que pour avancer quelque chose de positif

cet égard, il faudrait un nombre de faits consi-
rable, et avoir observé plusieurs années de suite
ns un établissement destiné aux femmes encein-
s. Néanmoins, nous remarquerons au sujet de l'in-
ence dont il s'agit, que peut-être il y a erreur
confusion de la part de ceux qui l'admettent.
se pourrait, en effet, que plusieurs des symptô-
es de la phthisie fussent un peu plus obscurs dans
cours de la grossesse, sans que l'affection en mar-
ât moins rapidement. D'un autre côté, il ne se-
t pas impossible qu'à la suite de l'accouchement les
ogrès de la phthisie fussent encore plus marqués
'à toute autre époque de son existence, et la diffé-
nce observée dans la marche de la maladie avant
après cette fonction laborieuse, aurait pu être une
uvelle cause d'illusion. Mais comment croire que
grossesse qui produit la dyspnée, ralentisse le
urs de la phthisie dont la dyspnée est toujours un
nptôme plus ou moins incommode, pour peu que
malades se livrent au mouvement?

Chapitre VII.

SYMPTOMES CÉRÉBRAUX.

563. Presque tous les malades conservaient le libre
ge de leur intelligence jusqu'à la mort. Quelques-
, ceux seulement chez lesquels nous avons trouvé
ramollissement partiel et pulpeux du cerveau, des

traces d'inflammation de l'arachnoïde qui tapisse les ventricules latéraux, ou du tissu placé au-dessous, offrirent, dans plusieurs cas, des symptômes cérébraux très-remarquables dans les derniers jours de la vie. Ces symptômes manquèrent chez trois des six sujets atteints de ramollissement pulpeux : nous les avons observés dans un seul cas d'arachnitis, celui qui fait l'objet de l'observation suivante.



XXIVe. Observation.

Un commissionnaire, âgé de quarante-quatre ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 6 mai 1824. Prisonnier en Angleterre pendant quinze années, dont quatre sur les pontons, il toussait et crachait plus ou moins depuis vingt ans, avait eu, pour la première fois, une légère hémoptysie dans les premiers jours de janvier de cette année, disait éprouver de l'oppression depuis six ans et avoir eu tout le corps enflé pendant l'hiver, six semaines de suite. L'appétit s'était soutenu, si ce n'est dans le dernier mois, et dès-lors le malade s'était mis à la médecine de Leroy, qu'il prenait à la dose de deux cuillerées par jour. Il en faisait usage depuis quinze, et ne pouvait plus arrêter le dévoiement qui l'avait épargné jusque-là, quand il vint à l'hôpital où nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Figure un peu jaunâtre, absence de céphalalgie. Toux rare, peu d'oppression ; crachats médiocrement

›ondans, verdâtres, sans stries, peu aérés : nulle
›uleur de poitrine (il n'y en avait eu dans aucun
mps). Percussion sonore dans toute son étendue,
ccepté sous la clavicule droite, dans une hauteur
›nsidérable : respiration trachéale dans ce dernier
›int, et en arrière entre les épaules : pectoriloquie
droite seulement : râle crépitant très-gros, peu hu-
ide, diminuant de force et de nombre du som-
et à la base des poumons. Enrouement considérable,
›ix altérée comme depuis deux mois, sans douleur
larynx. Pouls calme (soixante-quatre pulsations par
inute), chaleur naturelle. Langue humide, un peu
›uge au pourtour, bouche pâteuse, anorexie com-
ète ; épigastre douloureux immédiatement au-des-
›us de l'appendice xyphoïde, par la pression et par
toux : le reste du ventre souple et indolent : deux
lles liquides la veille.

Les jours suivans, la diarrhée fut considérable, il
eut huit à dix selles en vingt-quatre heures : le
alade passait une partie du temps près du poêle.
ans la journée du 22, somnolence presque conti-
uelle, trouble peu prononcé de l'intelligence, mais
jà le malade *n'avait plus sa tête.* Il ne se plaignit
aucune douleur,

Dans la nuit du 22 au 23, il eut des selles invo-
ntaires, ne répondait pas aux questions, essaya de
lever, disant qu'il allait retourner chez lui, et tomba
terre. Le lendemain matin à sept heures, il avait le
sage hébété, les yeux immobiles, les pupilles étroites;
s muscles masséters et ceux du bras droit étaient
gités de mouvemens spasmodiques presque conti-
uels : le bras et la cuisse gauches étaient roides, et

le plus petit mouvement qui leur était communiqué causait des grimaces ; la perte de connaissance n'était pas complète, le malade faisait effort pour montrer sa langue quand on l'y invitait. Le pouls battait cent quatorze fois par minute ; l'état de la respiration n'était pas sensiblement changé. (Synapismes.)

A huit heures, le malade cherchait à parler, prononçait quelques mots inintelligibles ; les bras et le cou étaient roides, au point de ne pouvoir leur faire exécuter le plus léger mouvement. Les mêmes symptômes continuèrent toute la journée, la respiration devint râlante au milieu de la nuit, et le 24, à onze heures du matin, le malade expira.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Plusieurs éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations nées de l'arachnoïde cérébrale opaque et épaissie dans les points correspondans. Deux lames osseuses de trois quarts de pouce de surface existaient dans l'épaisseur de la dure-mère qui recouvre l'hémisphère gauche, près de la faux. Les veines cérébrales étaient très-distendues, le tissu sous-arachnoïdien très-infiltré, le cerveau pâle, sans injection, d'une bonne consistance. Le ventricule latéral du côté droit contenait environ deux cuillerées et demie de sérosité trouble ; le gauche un peu moins. Les plexus choroïdes étaient vésiculeux et louches. Il y avait trois cuillerées de sérosité claire dans les fosses occipitales inférieures.

Cou. Le larynx et l'épiglotte étaient dans l'état na-
urel ; la membrane muqueuse de la trachée-artère un
eu rouge au-dessus de sa bifurcation, et d'ailleurs
arfaitement saine.

Poitrine. Quelques adhérences celluleuses au som-
et du poumon gauche ; deux concrétions osseuses
nguettes dans son lobe supérieur ; un peu d'engoue-
ent à la partie moyenne des deux lobes. Adhérences
times du poumon droit, dans sa partie supérieure, à
plèvre costale, au moyen d'une fausse membrane
ni-cartilagineuse plus ou moins épaisse : excava-
n assez considérable à son sommet ; une autre fort
tite, très-inégale au-dessous, à laquelle aboutis-
ent beaucoup de rayons semi-cartilagineux, d'une
uleur bleuâtre, et dont les intervalles étaient rem-
s par une matière grisâtre et noirâtre, mélange de
tanose et de matière grise demi-transparente ; cette
ite cavité rouge comme les bronches qui s'y ou-
ient. Le reste du lobe supérieur dur et transformé
matière grise, au milieu de laquelle se trouvaient
très-petites cavités tuberculeuses. Quelques granu-
ons de cette espèce dans le lobe inférieur, qui
it engoué dans une partie de son étendue, et offrait
n sommet une excavation assez grande, contenant
liquide ténu et sanglant, tapissée par une fausse
mbrane.—Les bronches qui communiquaient avec
cavités tuberculeuses étaient épaissies et d'un rouge
s ou moins vif ; les autres minces et légèrement
ées. — Le cœur était arrondi à sa pointe, un peu
s volumineux que dans l'état ordinaire, par suite
l'élargissement du ventricule gauche, dont les pa-

rois avaient six lignes d'épaisseur ; l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. L'estomac était d'un volume convenable : sa membrane muqueuse avait une couleur grisâtre et bleuâtre, si ce n'est contre la petite courbure, dans la largeur d'un pouce et demi, où elle était d'un rose tendre ; l'épaisseur et la consistance qui lui sont naturelles, à part une surface peu étendue le long de la grande courbure où elle était ramollie et cassante : partout elle était enduite d'un mucus épais et tenace. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle offrait, dans toute sa longueur, une foule de petits points noirâtres gros comme du sable ; était d'ailleurs parfaitement saine. — Celle du gros intestin était molle comme du mucus, pâle dans sa première moitié, un peu rouge dans la seconde, sans ulcérations, et recouverte par une matière trouble, grisâtre et nuancée de rose. — Le mésentère et les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

364. Quoique nous ayons omis, dans la description des ventricules latéraux, d'indiquer l'état de l'arachnoïde, son inflammation nous semble suffisamment prouvée par le caractère du liquide qu'elle contenait, par la fièvre, qu'il n'est guère possible de rapporter à une autre lésion, et aussi par la nature des symptômes cérébraux observés. Ces symptômes étaient effectivement ceux de l'arachnitis ; et, nous devons le remarquer, la faiblesse du malade ne paraît pas avoir

é un obstacle à leur développement. Un des plus portans, il est vrai, la céphalalgie, paraît avoir anqué; du moins on n'entendit dans aucun temps malade se plaindre de maux de tête; mais cela ourrait bien provenir de la marche extrêmement rapide de l'affection qui a été mortelle en deux jours, ont les périodes ont été confondues, dont le délire une légère somnolence ont été les premiers indices. ous avons déjà vu que les inflammations qui se manistent dans les derniers temps des maladies chroiques, ou quand la faiblesse est considérable, parouraient rapidement leurs diverses périodes, et cette bservation en est une nouvelle preuve. Il est remaruable d'ailleurs que la lésion de l'arachnoïde était ornée à la partie de cette membrane qui occupe les entricules latéraux, ce qui, au rapport des auteurs ui ont le mieux étudié l'arachnitis (MM. Parent et Martinet), est extrêmement rare.

365. Quant au début de l'affection tuberculeuse es poumons, il est croyable qu'il était le même que elui de la toux, mais on sent bien qu'il est impossible de l'affirmer. Ce qui paraît très-positif, c'est ue la maladie a marché avec beaucoup de lenteur. L'extrême bénignité des symptômes, et la conservation des forces jusqu'au moment où le malade perlit l'appétit, en sont la preuve.

366. L'observation suivante est un exemple de ramollissement partiel du cerveau, compliqué de l'inflammation d'une petite partie du tissu sous-arachnoïlien.

XXVe. Observation.

Un garçon boucher, âgé de trente-huit ans, petit, large, cheveux noirs, peau brune, d'une constitution forte, était malade depuis huit mois, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité le 1er. septembre 1822. Ordinairement bien portant, il n'était point sujet au rhume ni aux maux de gorge, et attribuait sa maladie à une forte commotion de poitrine, éprouvée peu de temps avant l'apparition des premiers accidens. Au début, toux, crachats plus ou moins copieux, alternatives de chaleur et de froid : ces symptômes continuèrent, et passé les deux premiers mois, les frissons devinrent rares et peu marqués ; il n'y eut de sueurs que dans les derniers quinze jours. La toux fut généralement forte, et la voix plus ou moins profondément altérée, à partir du deuxième mois. Une hémoptysie assez abondante eut lieu peu après cette époque ; le crachement de sang se renouvela encore dans la suite, mais peu considérable et de loin en loin. L'appétit baissa successivement beaucoup, et dans les trois derniers jours les selles devinrent liquides à la suite d'un excès de raisin. Les forces diminuèrent par degrés, le malade ne travaillait plus depuis trois mois, mais il n'avait pas gardé le lit.

Le 2 septembre, point de céphalalgie ; toux peu fréquente ; crachats verdâtres, opaques, nageant pour la plupart à la surface d'un fluide clair ; voix rauque,

itrine également sonore à droite et à gauche; râle
épitant, respiration obscure sous la clavicule
oite, sans pectoriloquie; pouls calme, chaleur
uce; langue dans l'état naturel, appétit peu pro-
ncé, déglutition facile, selles liquides, mais peu
mbreuses. Aucune douleur soit à la gorge, au la-
ix, ou dans l'abdomen (tis. de riz. éd.; pot.
m.; quart de port.)

L'état du malade fut à-peu-près le même les jours
vans. Le 28, il n'y avait encore ni céphalalgie, ni
uleurs dans les membres; la poitrine rendait un
n obscur sous la clavicule droite, la respiration y
it très-obscure, le râle crépitant plus prononcé que
autres jours : la voix produisait un retentissement
nsidérable en arrière dans le point correspondant;
norexie et le dévoiement avaient augmenté, la
uche était mauvaise, l'épigastre douloureux; cette
uleur existait depuis trois jours, et la veille, le
lade avait vomi un peu de bile; il se plaignait
prouver des tortillemens à la région hypogastrique;
ventre était un peu météorisé (tis. de riz av. le
de coing.; diasc.; pot gom.; 5 bouill.).

Dès ce moment la faiblesse augmenta beaucoup,
malade ne quitta plus le lit; souvent il se plaignait à
camarades d'une céphalalgie non interrompue, et
ait sa tête entre ses mains. Dans la nuit du 9 au 10
obre, alternative d'assoupissement et de délire;
sistance des mêmes symptômes le lendemain et
s la nuit du 10 au 11.

Le 11, à l'heure de la visite, le malade ne répon-
t pas ou répondait mal aux questions qui lui étaient
essées; ses yeux étaient ordinairement fixes, et

parfois ses lèvres semblaient sourire ; la respiration était peu accélérée, le pouls calme (soixante-six pulsations par minute.) Le délire continua, il y eut beaucoup d'agitation toute la journée, et il fallut en venir au gilet de force.

Le lendemain, figure assez naturelle, retour de l'intelligence, le malade allait seul au bassin et sans vaciller. La nuit, délire continuel, mais tranquille.

Le 13, il persistait; la chaleur était élevée, le pouls fréquent. Le malade ne dit mot de toute la journée.

Le 14 au matin, il se leva encore seul pour aller à la selle; mais à l'heure de la visite, il semblait comme anéanti, répondait, quand on lui parlait de sa santé, qu'il allait bien. Dans la journée, il témoigna par des signes qu'il comprenait ce qu'on lui disait, sans pouvoir dire une seule parole.

Le 15, la figure était un peu animée, les yeux demi-ouverts, les genoux élevés; le malade faisait entendre qu'il ne souffrait pas.

Le 16, au moment de la visite, il était encore dans la même attitude que la veille, semblait avoir toute la connaissance, nous suivait des yeux, et peu après, à neuf heures, il expira.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Deuxième degré de marasme.

Tête. Plusieurs éraillures à la dure-mère, à travers lesquelles passaient des granulations arachnoïdiennes. Distension des veines cérébrales supérieures très-

ononcée à droite, à peine sensible à gauche : ois cuillerées de sérosité dans le ventricule latéral e ce côté ; beaucoup moins à droite ; cloison demi-ansparente ramollie, pulpeuse, sans altération de ouleur : même ramollissement des piliers postérieurs e la voûte : corps calleux moins consistant que le este du cerveau, sans être, à beaucoup près, ramolli omme la cloison : le reste de l'encéphale plutôt u-dessus qu'au dessous de la consistance qui lui est aturelle, et très-légèrement injecté. Pus concret ous forme d'une plaque de trois lignes d'épaisseur, et 'un pouce de largeur environ, entre l'arachnoïde et . pie-mère, au devant et sur les côtés des nerfs optiues.

Cou. Ulcération superficielle à la face inférieure e l'épiglotte ; larynx dans l'état naturel. Deux pouces u-dessous, et sur sa portion charnue, la trachée-arère offrait une ulcération de la largeur d'une pièce e deux francs, avec épaississement du tissu sous-muqueux correspondant ; ailleurs sa membrane mu-ueuse était parfaitement saine.

Poitrine. Adhérences celluleuses faibles au sommet du poumon gauche, qui offrait une médiocre uantité de tubercules et de granulations grises demi-ransparentes, diminuant de grosseur et de nombre u sommet à la base : son lobe inférieur ferme, renu, plus ou moins rouge, entièrement hépatisé. e poumon droit adhérait à la plèvre costale, dans oute son étendue et à son sommet, d'une manière ntime ; présentait dans son lobe supérieur une vaste avité tuberculeuse communiquant avec les bron-hes, et avec d'autres excavations beaucoup moins

considérables : comme la première, celles-ci contenaient une matière sanieuse, fort abondante, étaient tapissées par deux fausses membranes, dont l'une était molle et jaunâtre, et l'autre fort consistante, grisâtre, semi-cartilagineuse, appliquée sur le tissu sain du poumon, sur de la matière grise, demi-transparente, ou des tubercules. Le même lobe avait encore dans le reste de son étendue un assez grand nombre de tubercules ramollis, ou plus ou moins complètement vides : l'inférieur était d'un rouge violet, comme carnifié. — Le cœur et l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. Estomac un peu rétréci ; sa membrane muqueuse enduite d'une assez grande quantité de mucus, blanche, comme piquée de sang au niveau du grand cul-de-sac, d'une consistance et d'une épaisseur un peu moindres que dans l'état naturel. — Quelques petites ulcérations, et quatre abcès sous-muqueux de la grosseur d'un pois dans les six derniers pieds de l'intestin grêle : ailleurs sa membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle du cœcum et du colon extrêmement molle ; quelques petites ulcérations dans le colon droit. — Glandes mésentériques volumineuses, mais saines. — Les autres viscères dans l'état naturel.

---

367. L'existence du ramollissement de la cloison demi-transparente et de la voûte à trois piliers avec l'inflammation du tissu sous-arachnoïdien entre les nerfs optiques, rend l'analyse des symptômes

rébraux difficile et jette nécessairement beaucoup doute sur le partage qu'on doit en faire. Toutefois, ous observons qu'il n'y a eu ni douleurs, ni roideur, paralysie des membres, et que sous ce point de e, les symptômes du ramollissement sont bien inmplets. D'un autre côté, la douleur de tête et elques-uns des symptômes d'excitation peuvent e également bien rapportés au ramollissement de voûte, et à l'inflammation du tissu sous-arachnoïen; en sorte qu'il est impossible de savoir si l'on it les attribuer à ces deux espèces de lésion, ou ulement à l'une d'elles. Il est cependant vrai de dire e l'ensemble et la marche des symptômes convienent davantage à l'inflammation des méninges qu'au nollissement partiel du cerveau.

Sans nous arrêter davantage sur ce point, dont claircissement importe peu à notre sujet, nous rerquerons que le poumon gauche était hépatisé, e son inflammation, comme cela est si ordinaire s les complications cérébrales, n'a donné lieu à un symptôme; que les ulcérations de la trachéeère et de l'épiglotte ont été latentes; et, ce qui plus rare, qu'il y a eu enrouement, altération s ou moins marquée de la voix pendant plus de mois, quoique le larynx fût dans l'état naturel.

568. Nous terminerons ce chapitre en rapportant ne manière succinte une observation déjà pue (1), qui est un exemple de ramollissement tiel du cerveau, sans autre lésion de ce viscère ou ses annexes.

) Voy. *Archiv. génér. de Méd.*, t. V, p. 18, de notre *Mémoire sur mollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac.*

XXVIe. Observation.

Un horloger, âgé de dix-neuf ans, d'une sant délicate, d'une sensibilité très-grande, vint à l'hô pital de la Charité le 29 octobre 1823, toussant e crachant depuis quatre mois. Il était dans le dernie degré de marasme, offrait tous les symptômes de l phthisie, se plaignait d'une céphalalgie gravative, d douleurs dans les jambes et dans les reins, d'insomni et d'une faiblesse extrême. D'ailleurs, ses facultés in tellectuelles, qui semblaient fort développées, étaien dans un état d'intégrité parfait, et l'expression de s physionomie, sauf la maigreur, très-naturelle.

Rien de remarquable les deux jours suivans; ma le 2 novembre le malade tomba dans un grand a faiblissement; on lui parlait, et il ne répondait pas bien qu'il témoignât par des signes comprendre c qu'on lui disait. Il ne pouvait se tenir debout.

Dans la nuit du 2 au 3, délire, loquacité, presqu continuels.

Le 3, vers dix heures du matin, les yeux étaien fixes, la face peu animée, les membres égalemen faibles a droite et à gauche, presque absolumen incapables du moindre mouvement; le malade com prenait les questions, mais l'exercice de la parole l était extrêmement pénible, en sorte que ce ne f qu'après lui avoir demandé bien des fois dans qu

ut était sa tête, qu'il accusa un peu de douleur dans cette partie. Toute la journée se passa dans un assoupissement profond, sans mouvemens convulsifs.

Le lendemain 4, membres spasmodiquement contractés, à droite surtout; pupilles dilatées, celle du côté gauche principalement; tête tournée à gauche, perte absolue de connaissance, figure un peu animée (elle exprimait l'égarement); le pouls, qui donnait la veille quatre-vingt-quatorze pulsations par minute, battait cent quatorze fois dans le même temps; la respiration était plaintive. — Ces symptômes persistèrent plus ou moins, et le soir à huit heures le malade mourut.

Ouverture du cadavre, trente-six heures après la mort.

Tête. Plusieurs éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations nées de l'arachnoïde épaissie et opaque dans les points correspondans. Veines cérébrales un peu distendues, pie-mère médiocrement injectée; côté droit du cerveau ferme et très-sablé de sang; le gauche beaucoup moins, et un peu mou; cloison demi-transparente, très-ramollie, comme pultanée; ramollissement parcil de la voûte, et surtout du pilier gauche, sans altération de leur blancheur naturelle; deux cuillerées de sérosité dans le ventricule gauche, un peu moins dans celui du côté droit; arachnoïde épaissie dans le premier. Deux cuillerées de sérosité dans les fosses occipitales inférieures.

Poitrine. Quelques excavations tuberculeuses au sommet du poumon gauche, dont la partie antérieure

était presque entièrement transformée en tubercules ou en matière grise demi-transparente, dans la largeur de deux pouces et demi.

Abdomen. Membrane muqueuse de l'estomac ramollie et amincie dans une assez grande étendue. — Quelques ulcérations dans l'intestin grêle. — Ramollissement très-marqué de la membrane muqueuse du colon.

---

369. Le ramollissement de la cloison demi-transparente et de la voûte à trois piliers était à-peu-près le même que dans l'observation précédente; il y avait un épanchement assez considérable de sérosité dans l'un et l'autre ventricule, il était proportionné au degré de ramollissement qui n'était pas tout-à-fait égal à droite et à gauche, et nous croyons, par cette raison, devoir le considérer comme effet et non comme complication du ramollissement. D'ailleurs, les symptômes de cette affection étaient fort prononcés, c'était la céphalalgie, un léger délire, de la douleur, puis des contractions spasmodiques dans les membres, et enfin la dilatation des pupilles. Nous n'avons pu savoir s'il y avait eu paralysie des extrémités, mais il est probable qu'elle aura eu lieu et suivi de près celle de la rétine, que la dilatation des pupilles indiquait.

L'extrême débilité du malade, au début de l'affection du cerveau, rend l'intensité des symptômes cérébraux fort remarquable, et la rapidité de la marche de la maladie ne l'est pas moins.

370. Nous avons encore donné dans un autre

apitre (Obs. 15) l'histoire d'un ramollissement rtiel du cerveau, qui avait été devancé par une inmmation du tissu placé au-dessous de l'arachnoïde rébrale supérieure, laquelle avait débuté trente urs avant la mort. Quoique peu intenses, les symômes qui appartiennent à l'une et à l'autre de ces sions furent très-prononcés.

371. Nous remarquerons, en terminant, que nous ons observé le même nombre de fois le ramolssement partiel du cerveau à la fin des maladies roniques et dans l'état de simplicité; que jamais us n'avons vu l'apoplexie dans les dernières périos des affections de long cours; que ce fait établit core une nouvelle ligne de démarcation entre le raollissement du cerveau et l'apoplexie; qu'il montre nouveau rapport entre l'hémorrhagie cérébrale et lle des autres organes, qu'on observe rarement dans plus haut degré de la faiblesse.

Chapitre VI.

RIÉTÉS DE LA PHTHISIE, RELATIVEMENT A SA MARCHE.

372. Dans la description générale de la phthisie, us avons vu que ses premiers symptômes sont la ux, les crachats, la dyspnée, quelquefois l'hémopsie; que les crachats ne débutent pas toujours ec la toux, que la dyspnée ne varie pas moins reivement à l'époque de son apparition, qu'il en est

de même de la fièvre et des autres symptômes qui succèdent aux premiers. Toutefois, ces légères variations dans l'ordre et la durée des phénomènes morbides n'ôtent pas à la maladie sa marche régulière sa physionomie, pour ainsi dire ; mais il est des cas où sa forme est tellement changée, qu'il n'est plus possible d'en reconnaître la nature que quand elle a fait les plus grands progrès ; elle est latente un espace de temps plus ou moins considérable. D'autres fois elle prend la forme et la marche des affections aiguës ses périodes semblent se confondre, et le diagnostic n'en est pas moins difficile que dans le cas précédent. Nous allons étudier ces deux variétés principales de la phthisie, en exposant les faits relatifs à chacune d'elles.

Article Premier.

PHTHISIE LATENTE.

XXVIIe. Observation.

373. Une femme, âgée de trente-deux ans, douée de beaucoup d'intelligence et de mémoire, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, fut admise à l'hôpital de la Charité le 9 novembre 1822. Elle n'était pas sujette au rhume, accusait trois ans de maladie, et se trouvait beaucoup plus mal depuis deux mois et demi. Des frissons, suivis de

aleur et de sueur s'étaient manifestés au début, depuis lors jusqu'aux trois derniers mois ils aient revenus tous les jours à une heure de l'après-di environ : avec eux l'appétit avait beaucoup dinué sans jamais se rétablir ensuite, la soif était venue considérable, et l'amaigrissement avait commencé ; *il n'y eut pas d'autres symptômes dans le cours la première année. Au commencement de la seconde*, toux s'établit accompagnée de crachats clairs, puis, dans les trois derniers mois, plus ou moins épais et lotonnés. La malade gardait le lit depuis neuf seines, et avait un peu de diarrhée depuis un mois and nous l'observâmes pour la première fois.

Le 10 novembre, sens et intelligence intègres, der-r degré de marasme; respiration médiocrement célérée, toux peu fréquente, crachats pelotonnés, une teinte sale, un peu rosée, la plupart diffluens. poitrine ne rendait aucun son sous les clavicules, rtout du côté gauche, dans une hauteur considé-ble; dans les mêmes points, la respiration était chéale, la pectoriloquie évidente; il en était de me en arrière dans les parties correspondantes. pouls était petit, faible, régulier, fréquent; la cha-r convenable le jour, assez forte la nuit; les urs bornées à la tête et à la poitrine ; la langue ns l'état naturel, la bouche pâteuse, la soif peu nsidérable, l'anorexie complète, la déglutition gê-e ; la gorge le siége d'un sentiment de chaleur et de heresse qui existait depuis deux mois ; le ventre peu sensible à la pression. Il y avait eu la veille trois les presque uniquement composées de mucus. La olesse était considérable. (Tis. de riz av. le sir. de

coing; cachou, sir. de coing, trois tasses; pot. gom.; deux cr. de riz.)

Il n'y eut aucun changement appréciable dans l'état de la malade les jours suivans, et le 18 du même mois, après quelques heures d'agonie, elle expira.

Ouverture du cadavre, quarante-huit heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Arachnoïde épaissie, un peu opaque près du sillon longitudinal dans la largeur de deux pouces, adhérente à la dure-mère dans une partie de son étendue; infiltration sous-arachnoïdienne partielle et très peu considérable : deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, elle était trouble du côté droit.

L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère ne furent point examinés.

Poitrine. Adhérences celluleuses fortes au sommet du poumon droit; le gauche parfaitement libre. Leur lobe supérieur était extrêmement friable, offrait une foule d'excavations peu considérables, communiquant entre elles, et garnies d'une fausse membrane : dans leur intervalle se trouvaient beaucoup de granulations demi-transparentes, et un peu de tissu pulmonaire hépatisé. Les lobes inférieurs sains. — Le cœur avait un volume convenable : les parois du ventricule gauche étaient un peu amincies, celles du ventricule droit manifestement épaissies, les unes et les autres d'une consistance assez considérable : l'aorte nuancée

de rose dans plusieurs points, d'ailleurs parfaitement saine.

Abdomen. L'estomac avait le volume qui lui est naturel; sa membrane muqueuse était pâle, sans la moindre lividité, d'une épaisseur et d'une consistance convenables — Le duodénum était sain. — Il y avait des granulations tuberculeuses dans la dernière moitié de l'intestin grêle; plusieurs d'entre elles étaient légèrement ulcérées; sur d'autres, qui n'étaient pas ramollies, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle du gros intestin était un peu ramollie dans le voisinage du cœcum, où elle offrait dix petites ulcérations d'une à deux lignes de diamètre, sans tubercules; dans le reste de son étendue elle n'avait rien de remarquable. — Le mésentère et les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

374. L'histoire de la maladie que nous venons d'exposer, offre deux époques bien distinctes. Dans l'une il y avait fièvre sans toux; dans l'autre, le mouvement fébrile était accompagné de toux et d'expectoration. La phthisie existait-elle dans la première de ces deux époques, ou n'a-t-elle débuté que dans la seconde? Si, à l'examen du cadavre, on eût trouvé une lésion ancienne et grave de quelque viscère autre que les poumons, on pourrait lui attribuer les symptômes de la première époque; mais il n'en a pas été ainsi, on n'a observé de lésion de l'espèce de celle dont il s'agit que dans les poumons, en sorte que c'est à eux qu'il faut rapporter la fièvre sans toux de la première

24*

époque, puis la fièvre avec toux de la seconde, et avec d'autant plus de raison qu'elle a conservé le même caractère dans l'une et dans l'autre : et comme la fièvre n'avait pas été précédée de catarrhe pulmonaire, il faut tirer de l'observation qui nous occupe cette double conséquence, que les tubercules peuvent se développer dans les poumons, indépendamment du catarrhe pulmonaire, et une fois développés, exister long-temps d'une manière latente, c'est-à-dire, sans exciter ni toux ni crachats.

375. Une autre circonstance donne encore beaucoup d'intérêt à cette observation, nous voulons parler de la perte plus ou moins considérable et toujours croissante de l'appétit pendant trois années, bien que la membrane muqueuse de l'estomac n'ait offert aucune espèce d'altération. C'est un des faits qui montre le mieux ce que nous avons déjà eu occasion de dire plusieurs fois, qu'une fonction peut être lésée pendant un espace de temps considérable, sans que la structure de l'organe qui en est chargé soit sensiblement altérée; que l'inappétence ne suffit pas pour caractériser une gastrite; que la fièvre, nous voulons dire l'accélération du pouls, l'élévation de la chaleur, etc., peut, quelle qu'en soit la cause, produire le même résultat.

Enfin, cette observation est l'exemple fort rare du développement des tubercules dans les deux lobes supérieurs des poumons exclusivement.

XXVIIIe. OBSERVATION.

376. Un raccommodeur de soufflets, âgé de quarante-quatre ans, né de parens morts dans un âge avancé, d'une constitution médiocrement forte, ayant la peau blanche, les cheveux noirs, et ordinairement une santé parfaite, fut conduit à l'hôpital de la Charité le 24 mars 1824. Il était petit mangeur, ne faisait d'excès en aucun genre, et accusait neuf mois de maladie. Au début, frissons suivis de chaleur et de sueurs, soif, anorexie, etc. : la fièvre fut assez forte pendant les deux premières semaines pour exiger le repos du lit, après quoi elle diminua sans disparaître entièrement, toujours sensible par une augmentation de chaleur, et quelquefois par des frissons : la soif devint un peu moins considérable, l'appétit se releva sans se rétablir complètement, le malade put reprendre ses occupations, et se maintint dans cet état de santé douteux environ quatre mois, pendant lesquels il n'y eut pas de toux. Dans ceux qui suivirent, la fièvre persista, les frissons revinrent tous les jours, les forces tombèrent, le malade abandonna ses travaux ; il restait au lit une partie de la journée. Dans les *six dernières semaines*, l'anorexie fut complète, bientôt *il s'y joignit un peu de toux*, en sorte qu'au moment où le malade vint à l'hôpital, elle existait depuis un mois seulement. Nous insistâmes beaucoup sur ce fait, et le malade n'en continua pas

moins à déclarer qu'il ne toussait pas du tout avant l'époque indiquée. Il accusait quatre mois d'oppression et d'enrouement, avait beaucoup maigri depuis lors, disait avoir eu quelquefois des douleurs entre les épaules et, depuis trois ans, dix hémoptysies très-considérables, dont la dernière ne datait que de quelques jours.

Le 25 mars, figure naturelle, insomnie causée par la toux; crachats jaunes, verdâtres, non pelotonnés, au milieu d'un liquide clair et abondant; poitrine sonore; râle crépitant, presque universel, plus fort au sommet qu'à la base des poumons; respiration trachéale, pectoriloquie manifeste entre les épaules, et du côté droit, pendant l'exercice de la parole, espèce de tintement métallique. Pouls régulier, très-peu accéléré, mais faible. Langue humide et nette, pâle au pourtour, piquée de rouge au centre, bouche pâteuse, soif peu considérable, anorexie presque complète, haleine fétide, constipation depuis deux jours, tout le ventre souple et indolent.

Le 1er. avril, l'état général du malade avait peu changé; il se plaignait de constipation et d'une extrême faiblesse; le tintement métallique était plus prononcé que les jours précédens; on entendait antérieurement, du côté droit, un râle crépitant mêlé de gargouillement; la percussion de la poitrine était très-obscure sous la clavicule gauche; il y avait un peu d'étouffement à l'épigastre.

Le 2, mal-aise, anxiété, augmentation de l'étouffement. Ces symptômes firent de continuels progrès, et le lendemain matin, à cinq heures, le malade mourut.

uverture du cadavre, vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable; granulations nées de l'arachnoïde près de la scissure médiane, adhérentes à la dure-mère; piemère un peu injectée; cerveau ferme et sain; deux cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux.

Cou. Épiglotte, larynx et trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Les poumons adhéraient dans toute leur étendue à la plèvre costale; supérieurement d'une manière intime, au moyen d'une fausse membrane très-dense, d'une ligne d'épaisseur, et au-dessous, par des filamens celluleux. Le sommet du poumon gauche offrait une vaste excavation anfractueuse, traversée par des brides, revêtue par une fausse membrane semi-cartilagineuse appliquée sur le tissu pulmonaire plus ou moins profondément altéré. Son lobe supérieur était dur, grisâtre dans les deux tiers de son étendue, à partir du bord tranchant; avait à l'intérieur un aspect grenu, était véritablement hépatisé, peu consistant, friable; contenait encore beaucoup de tubercules et de matière grise demi-transparente: son lobe inférieur était un peu rouge, et offrait une médiocre quantité de tubercules et de granulations. Il y avait au sommet du poumon droit une excavation semblable à celle que nous avons décrite dans le poumon gauche, plus vaste encore, et dans le reste de son lobe supérieur, beaucoup de tu-

bercules et de granulations grises. — Les bronches qui communiquaient avec les deux grandes excavations étaient très-rouges et très-épaisses ; les autres minces et d'une faible couleur rose. — Le cœur et l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. L'estomac avait un volume médiocre, contenait une assez grande quantité de mucus épais et tenace. Sa membrane muqueuse était un peu rouge autour du cardia, grisâtre le long de la grande courbure, blanche dans le reste de son étendue ; un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, d'une consistance et d'une épaisseur convenables partout ailleurs. — Celle de l'intestin grêle était plus ou moins rouge dans quelques points, offrait dans sa seconde moitié cinq ulcérations peu considérables, parmi lesquelles plusieurs avaient des granulations tuberculeuses à leur centre. — Il y avait trois grandes ulcérations dans le cœcum ; la membrane muqueuse du colon était rose dans quelques points, et, à cela près, parfaitement saine ; les matières fécales d'une belle couleur jaune, moulées et d'une consistance ordinaire. — Les glandes mésentériques un peu volumineuses, mais sans aucune altération de couleur ou de consistance. — Foie un peu pâle ; bile de la vésicule noirâtre, épaisse comme de la mélasse. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

377. Entre cette observation et la précédente, il y a, comme on voit, une analogie presque complète sous le rapport de la simplicité de l'affection et de la

marche des symptômes. La fièvre a devancé la toux, celle-ci n'a même existé que pendant les dernières six semaines, et à l'ouverture du cadavre on n'a trouvé de lésion grave et ancienne que dans les poumons. Aucun moyen dès-lors d'attribuer la fièvre antérieure à la toux, à une lésion différente de celle de ces derniers viscères, et nécessité de conclure que les tubercules étaient bien antérieurs à la toux et indépendans du catarrhe bronchique.

Cette conclusion doit, en quelque sorte, paraître encore plus naturelle et plus évidente dans le cas actuel que dans celui qui précède; car ici la toux n'avait duré que six semaines, les excavations tuberculeuses étaient très-vastes, et nous avons vu (19), nous verrons encore plus tard, en parlant de la phthisie aiguë, que des excavations semblables ne se forment ni en six semaines, ni en deux mois; qu'elles supposent nécessairement que la maladie dont elles sont la suite existe depuis quatre à cinq mois au moins.

378. Ainsi, dans l'un et l'autre cas, les tubercules pulmonaires ont existé pendant un espace de temps plus ou moins considérable, sans déterminer de toux: mais ils ont donné lieu, dans cet état latent, à des symptômes fébriles plus ou moins intenses, l'anorexie, la maigreur, la perte plus ou moins complète des forces. Dans les cas de cette espèce, peut-on remonter à la source du mal?

Dans celui dont il s'agit, la chose n'était pas impossible; car, deux années avant le début des symptômes fébriles, le sujet avait eu plusieurs hémoptysies, et comme nous l'avons dit (233), l'hémoptysie annonce d'une manière sinon certaine, du moins infi-

niment probable, qu'il existe des tubercules dans les poumons. En supposant qu'on eût été appelé près du malade dans les premières semaines de la fièvre, on aurait donc dû, à l'aide des circonstances antérieures, soupçonner l'existence d'un plus ou moins grand nombre de tubercules pulmonaires, et dès ce moment l'auscultation aurait peut-être fixé tous les doutes; nouvelle raison de ne jamais négliger ce mode d'investigation, toutes les fois qu'il existe des symptômes fébriles dont la cause est ignorée, surtout s'ils ont été précédés d'une ou de plusieurs hémoptysies.

379. Parmi les phénomènes secondaires qui méritent quelque attention, il faut rappeler le tintement métallique qui annonçait, suivant la remarque de M. Laennec, une vaste excavation remplie d'air et de liquide, ce qui a été vérifié par l'autopsie. On doit encore signaler la disposition de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était presque parfaitement saine, bien que les fonctions digestives fussent dérangées depuis long-temps. Toutefois, nous n'avions pas compté sur une altération profonde de cette membrane, vu l'absence de nausées et de vomissemens. Enfin, les bronches étaient saines, à part celles qui communiquaient avec les excavations tuberculeuses, ce qui indique, comme nous l'avons dit plus haut (36), que leur épaississement et l'altération de leur membrane muqueuse est le résultat ordinaire du passage de la matière contenue dans les excavations.

XXIXe. Observation.

380. Une couturière, âgée de vingt-deux ans, née parens sains, non sujette au rhume, ordinaire-nt bien portante, et douée de beaucoup d'embon-int, fut admise à l'hôpital de la Charité le 9 sep-nbre 1824. Elle avait la respiration courte depuis nfance, et était malade depuis deux ans et demi. ns les sept premiers mois, fièvre continue avec cès quotidiens en froid et en chaud, vers quatre ures du soir; ces accès diminuèrent successive-ent, et disparurent tout-à-fait sans qu'on leur t opposé le moindre remède. Pendant leur cours, malade garda constamment le lit, mangea peu yant perdu presque complètement l'appétit dès le but), et maigrit beaucoup.

Après cette époque, elle recouvra une faible par- de ses forces et de son embonpoint; la dyspnée bituelle augmenta beaucoup; elle fut extrême *pen-nt les trois mois qui précédèrent son entrée à l'hô-tal, c'est-à-dire du moment où la toux et l'expecto-tion s'établirent*; car jusque-là, il n'y avait eu ni ux, ni crachats, et sur ce point comme sur le reste, malade qui avait beaucoup d'intelligence et de mé-oire ne se démentit pas un instant. L'appétit fut oujours très-faible, presque nul, la diarrhée cons-nte, quelquefois considérable pendant les huit der-iers mois, et accompagnée de coliques plus ou

moins fortes. La faiblesse fit tous les jours des progrès, la malade gardait le lit depuis cinq mois, quand nous commençâmes à l'observer. Les frissons, suivis de chaleur et de sueur, avaient reparu depuis cinq semaines; il n'y avait point eu d'hémoptysie.

Le 10 septembre, figure pâle, débilité extrême, facultés intellectuelles dans la plus parfaite intégrité, dernier degré de marasme. Oppression très-considérable, parole brève, toux forte le matin, faible le reste du jour : crachats verdâtres, peu abondans, demi-opaques. Sous la clavicule gauche, la respiration était trachéale, la pectoriloquie parfaite, la poitrine ne rendait aucun son dans la hauteur de cinq pouces; il en était de même en arrière, dans la partie correspondante : à droite, la respiration semblait se faire comme dans l'état naturel. Le pouls était faible et accéléré, la chaleur un peu forte; la langue pâle, l'appétit très-faible; le foie dépassait les côtes de trois pouces; il n'y avait pas de douleurs à l'épigastre : trois selles précédées de coliques, dans les dernières vingt-quatre heures (décoct. bl.; solut. de sirop de g.; julep; riz, œuf.).

Le 12, la malade accusa pour la première fois des douleurs au haut du larynx. Le 18, ces douleurs étaient à-peu-près les mêmes, et n'existaient que pendant les efforts de la déglutition; l'appétit était un peu meilleur, la toux rare; il n'y avait pas de frissons. — Le 20, augmentation de la toux, étouffement, selles très-fréquentes, sueurs copieuses (pot. g. av. op., un gr.).

La diarrhée diminua rapidement, la toux fut variable, alternativement forte et faible; parfois il y

t des nausées ou même des vomissemens d'un ide clair mêlé de mucus : l'anorexie fut complète, voix sans altération.

Le 30, les douleurs du cou avaient cessé, la malade plaignait de céphalalgie et de lassitude dans les embres : la langue, les lèvres et l'intérieur des ues, étaient couverts d'un grand nombre de plaques blanches et minces, au-dessous desquelles la embrane muqueuse était un peu plus rouge que ns l'état naturel : il n'y avait pas de picotement à la ngue, et le lendemain les plaques avaient disparu. La glutition devint très-gênée, les crachats se supprièrent, le pouls perdit un peu de sa fréquence, ne battt que quatre-vingt-dix fois par minute les deux derers jours, et la malade mourut le 4 octobre à dix ures du matin, ayant conservé la connaissance jusqu'à dernière heure qu'elle voyait avancer avec effroi.

uverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Quatre petites cuillerées de sérosité dans la rtie supérieure de l'arachnoïde ; infiltration sousachnoïdienne peu considérable; pie-mère médiocreent injectée ; substance corticale rosée, substance édullaire piquée de sang, mais à un faible degré. ne cuillerée de sérosité claire dans chacun des venicules latéraux : deux autres dans les fosses occipiles inférieures.

Cou. La membrane muqueuse du pharynx était le, épaissie, offrait un grand nombre de petites

ulcérations d'une à deux lignes de diamètre. Cell de l'épiglotte était détruite dans la moitié de sa fac inférieure. Le larynx et la trachée-artère n'offraien rien de remarquable.

Poitrine. Le poumon gauche adhérait d'une manière intime à la plèvre costale; son lobe supérieu était enveloppé par une fausse membrane semi-cartilagineuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur, unie à son bord tranchant avec une autre beaucoup moins épaisse, qui recouvrait en partie le lob supérieur du côté droit. Il offrait, à son sommet, un vaste excavation prolongée jusque près de son bor antérieur, à parois très-minces en arrière, limitée inférieurement par une cloison anfractueuse peu épaisse qui la séparait d'une autre cavité régnant le long d bord postérieur du lobe inférieur. Le reste du lob supérieur était transformé en matière grisâtre, opaque non grenue, traversée par un grand nombre de cloisons blanches et fermes, qui semblaient, au premie coup-d'œil, se continuer avec la calotte semi-cartilagineuse qui a été décrite. Au milieu se trouvait un asse grand nombre de petites cavités tuberculeuses. L'excavation du lobe inférieur avait une médiocre capacité, contenait un liquide épais, d'un rouge vif; éta traversée, comme celle du lobe supérieur, par u grand nombre de brides formées de matière gri demi-transparente. Dans le reste de son étendue, c lobe offrait des masses de matière grise demi-transparente, assez considérables, au milieu desquelles trouvait un grand nombre de granulations blanchâtres et jaunâtres. Le tissu intermédiaire était sai — On voyait, au sommet du poumon droit, que

ıes petites excavations, et dans toute son étendue
eaucoup de granulations ou de masses de matière
ise demi-transparente, pareilles à celles du poumon
auche : plusieurs d'entre elles avaient un pouce de
rge sur trois pouces de long, et étaient piquées
points blancs, opaques, miliaires : les deux cin-
uièmes de l'organe étaient perméables à l'air. —
ronches un peu rouges, légèrement épaissies près
es excavations, saines ailleurs.

L'artère pulmonaire, que nous avions injectée,
nvoyait un très-grand nombre de rameaux dans
s parties saines, fort peu, et seulement dans quel-
ues-unes, des masses de matière grise demi-transpa-
nte. Nous n'en trouvâmes aucun dans la matière
ise et opaque du lobe supérieur du poumon gauche,
atière qui, suivant toutes les apparences, était le
roduit de l'inflammation chronique du parenchyme
ılmonaire (16). Plusieurs brides des excavations
berculeuses recevaient des ramifications artérielles
un millimètre ou un peu moins de diamètre.

Le cœur était petit, ses parois un peu minces,
ais d'une bonne consistance : l'aorte saine et
roite.

Abdomen. L'estomac était alongé, presque entiè
ment recouvert par le foie ; sa membrane muqueuse
un rose assez vif, un peu moins consistante que
ordinaire, dans la portion correspondante à sa face
ıtérieure, parfaitement saine ailleurs. — Il y avait
uelques petites ulcérations dans le dernier sixième
l'intestin grêle, et entre elles beaucoup de granu-
tions blanches, opaques, semi-cartilagineuses, qui
ugmentaient de volume et de nombre en appro-

chant du cœcum : dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse était, sauf quelques taches rouges, dans l'état naturel. — Le cœcum, le colon ascendant et le transverse, offraient huit ulcérations irrégulières, d'un pouce à un pouce et demi de surface. La membrane muqueuse était détruite à leur niveau, et le tissu cellulaire sous-muqueux inégal et épaissi. Dans les espaces intermédiaires, et dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse était un peu ramollie, doublée d'épaisseur, et dans quelques points violacée. — Les glandes mésentériques étaient petites et saines. — Le foie débordait les côtes de trois travers de doigt, était un peu fauve, piqué de rouge, et avait dans plusieurs points une couleur beaucoup plus pâle que dans le reste de sa masse : il n'était pas évidemment gras. La bile de la vésicule était noirâtre, et presque de la consistance de la mélasse. — La rate un peu volumineuse et ramollie ; le reste des viscères dans l'état naturel.

---

381. Les réflexions que nous avons faites au sujet des observations précédentes s'appliquent naturellement à celle-ci. Quand la malade fut soumise à notre examen, la toux n'existait que depuis deux mois, et déjà, néanmoins, il y avait dans le poumon gauche de grandes excavations, c'est-à-dire d'une date bien antérieure à la toux. Les tubercules l'avaient donc devancée, et ne peuvent pas être considérés comme le résultat d'un catarrhe pulmonaire. L'état de la membrane muqueuse de l'estomac an-

onçait une lésion récente ; les ulcérations intesti-
les dépendant de la phthisie, lui étaient consécu-
es; c'est donc aux poumons, seuls organes ancien-
ment et profondément altérés, qu'il faut attribuer
s phénomènes fébriles si intenses éprouvés par la
alade pendant les six premiers mois de sa longue
aladie ; car personne, sans doute, ne croira que la
vre dont il s'agit fût intermittente, une fièvre de
tte nature n'ôtant ni l'appétit, ni les forces, au point
obliger les malades à garder le lit.

Peut-être trouvera-t-on nos conclusions témérai-
s; mais que l'on réfléchisse que la malade avait
aucoup d'intelligence et de mémoire, qu'elle a été
terrogée avec soin, que les viscères ont été scru-
leusement examinés après la mort, et l'on convien-
a que les faits étant bien constatés, nos conclu-
ons ne sont que rigoureuses. Ne tirons aucune con-
quence des faits douteux, mais ne craignons pas de
nclure des faits certains, surtout quand ils sont
nples, et que les complications n'en rendent pas
terprétation difficile.

582. La rougeur unie à un léger ramollissement
la membrane muqueuse qui revêt la face anté-
ure de l'estomac, était, avons-nous dit, une lésion
ente ; et les légères douleurs à l'épigastre, les
usées qui n'ont eu lieu qu'après l'entrée de la
lade à l'hôpital, confirment cette manière de
r : en sorte qu'ici, comme dans les deux premières
servations de ce chapitre, l'anorexie plus ou moins
nplète, éprouvée par la malade long-temps avant
mort, tenait non à une lésion appréciable de la
mbrane muqueuse de l'estomac, mais à des phé-

nomènes généraux, peut-être à la fièvre dont l'estomac subissait l'influence comme les autres organes.

Sans nous arrêter à la distribution de l'artère pulmonaire, pour laquelle nous renvoyons à ce qui a été dit dans la première partie de cet ouvrage (11), nous remarquerons que le poumon gauche était presque entièrement converti en excavations, ou en matière grise louche ou demi-transparente ; qu'à peine les deux cinquièmes du parenchyme de celui du côté droit étaient perméables à l'air, et que c'est presque uniquement à cela qu'étaient réduits les poumons sous le rapport de l'exercice de leurs fonctions.

383. L'observation suivante est encore l'exemple d'une phthisie latente, dont la marche a été si obscure et si lente, qu'elle n'a pas été reconnue pendant la vie.

XXXe. Observation.

Une femme, âgée de trente un ans, d'une constitution délicate, d'une sensibilité très-vive, ayant l'haleine courte depuis l'enfance, se plaignait d'éprouver de fréquentes indispositions depuis plusieurs années. Elle assurait ne pas être sujette au rhume; mais, en remontant aux premiers dérangemens de sa santé, nous apprîmes qu'elle crachait un peu tous les matins depuis sept ans, et qu'elle avait toussé d'une manière continue pendant les dix-huit premiers mois de cette époque. D'ailleurs, la toux avait été p

commode, s'était dissipée spontanément au milieu
in voyage assez long, et pendant un séjour de trois
ois sur les bords de la mer, sans que la malade eût
porté le moindre changement à ses habitudes. De-
is, elle ne se rappelait pas avoir été enrhumée;
ais les brouillards et les odeurs fortes rappelaient
omentanément la toux. La dyspnée habituelle fut
peu plus considérable dans les trois dernières an-
es. Au commencement de cette époque, les diges-
ons devinrent lentes, il y eut par intervalles de la
santeur et des picotemens dans l'hypocondre droit,
peau prit une teinte un peu jaunâtre, on crut à une
ection organique du foie, et pendant quatre ou
nq mois, la malade prit du mercure doux, de fré-
iens purgatifs, et observa une diète sévère, bien que
ppétit fût à-peu-près le même que dans l'état na-
rel. Ce traitement n'eut aucun succès. Dans la suite,
s digestions devinrent plus lentes encore, l'appétit
déprima, et les règles suspendues à différentes re-
ises trois ou quatre mois de suite, manquaient de-
is sept mois quand la malade fut admise à l'hôpital
la Charité le 2 janvier 1823. Elle avait été sujette
x maux de gorge et aux palpitations, la soif avait
é parfois considérable avant les trois dernières an-
es; il n'y avait pas eu d'hémoptysie.

Le 2 janvier, couleur un peu jaunâtre de tout le
rps, conjonctives dans l'état naturel, figure tachée
r intervalles d'une légère teinte de bistre; senti-
ent de faiblesse assez considérable, fatigues dans
s membres, picotemens dans les jambes, le dos, ou
r les côtés de la poitrine; parole un peu brève,
ille oppression dans le repos. essouflement dès que

la malade prend un peu d'exercice; ni *toux* ni crachats. La poitrine était sonore dans toute son étendue; le bruit respiratoire ne présentait rien de remarquable, si ce n'est sous l'omoplate droite, où il paraissait plus fort que du côté gauche, dans le point correspondant. Le pouls était un peu accéléré, la chaleur douce : la langue parfaitement nette, humide et d'un rose tendre; l'appétit déprimé, la soif nulle; la digestion facile, surtout celle des matières animales : on sentait une rénitence aplatie à la région de l'épigastre, les hypocondres étaient souples, les selles rares, l'urine abondante et facile. La malade ne se plaignait que de faiblesse et d'un peu de douleur à la nuque (tis. de sapon. miellée; ext. de gen. ʒ j bis; quart de portion).

Elle resta neuf mois à l'hôpital, où elle mourut le 28 septembre. Durant cette période nous l'observâmes tous les dix jours, beaucoup plus souvent le dernier mois, et nous fîmes les remarques suivantes. Il y eut un peu de toux à la fin de février; puis, et jusqu'au mois de septembre, la malade nous assura fréquemment qu'elle ne toussait pas : sa respiration était fort accélérée au moindre mouvement, mai[s] l'absence de la toux donnant à croire que la dysp[-]née n'était que le résultat de la faiblesse, nous y fîme[s] peu d'attention. Dans les *quinze derniers jours de sep[-]tembre la toux fut assez forte, et nous l'entendîme[s] pour la première fois.* Le 22, on observa quelques cra[-]chats pelotonnés qui firent soupçonner la phthisie; ma[is] l'auscultation, pratiquée d'une manière imparfaite l[e] même jour, ne donna aucun résultat décisif.

Le pouls fut toujours petit et faible; peu accélér[é]

ıs les premiers six mois, il le devint ensuite tous jours davantage. Il y eut assez ordinairement un u de chaleur dans la soirée, et dans le dernier mois ılement quelques frissons et des sueurs nocturnes à poitrine et au cou.

L'appétit fut variable; dans les sept premiers mois malade mangeait le quart ou le demi-quart de porn, puis l'anorexie devint complète. Les digestions, esque constamment pénibles, le furent un peu oins pendant une partie des quatrième et cinquième ois, qu'on ordonna des bols amers faits avec le l de bœuf. Il y eut quelques nausées dans les quarante rniers jours. Au commencement et dans le cours cette dernière époque, la malade se plaignit d'éouver des douleurs le long du cou et d'avoir la détitition gênée, surtout quand les liquides ou le bol mentaire étaient sur le point de franchir le cardia. soif fut toujours assez vive dans la soirée.

A partir du cinquième mois, le foie dépassait les tes, et la malade sentait un poids tomber à droite ou auche, suivant le côté sur lequel elle se couchait.

La langue fut constamment le siége d'ardeur et de otemens incommodes, et conserva sa couleur narelle jusque dans les derniers jours d'août. Dès-lors e se couvrit de petites plaques blanches, arrondies, us ou moins épaisses, qui persistaient un ou deux urs, reparaissaient après le même temps, un peu us tôt, un peu plus tard. Elle conserva encore sa uleur habituelle dans les premiers jours qui suirent l'apparition des plaques, puis elle devint rouge. ıe semblable exsudation eut lieu sur le palais, à ıtérieur des joues et à la face postérieure des lèvres.

Les coliques furent fréquentes, quelquefois très-vives; il y eut, par intervalles, un peu de diarrhée dans les six derniers mois.

La nuance jaune de la peau persista, et vers la mi-juillet les taches du visage étaient d'une couleur beaucoup plus foncée qu'à l'époque à laquelle nous observâmes la malade pour la première fois; sa figure semblait couverte d'un masque. Le bas des jambes fut œdémateux dans les derniers six mois. La faiblesse fit des progrès lents, et la malade ne garda le lit que dans les quinze derniers jours.

Ouverture du cadavre, trente-quatre heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme; infiltration légère au bas des jambes.

Tête. Quelques granulations arachnoïdiennes le long de la scissure médiane; cerveau un peu jaunâtre à sa surface, son tissu ferme; le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. La base de la langue était un peu rouge et couverte de fausses membranes pultacées; le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel; la trachée-artère remplie de mucosités semblables à une écume blanchâtre, sa membrane muqueuse dans l'état naturel.

Poitrine. Le poumon gauche était libre; le droit offrait de faibles adhérences à son sommet, vis-à-vis d'une excavation tuberculeuse considérable, tapissée par une fausse membrane mince et appliquée dans presque toute sa surface sur le tissu pulmonaire sain. Beaucoup de petites excavations, communiquant avec

le-ci, étaient environnées d'un tissu légèrement infil- ou endurci : les deux tiers inférieurs de ce poumon ient engoués et d'un rouge pâle. L'engouement it moins considérable dans le gauche, qui avait on sommet plusieurs cavités de peu d'étendue, en- ites d'un détritus tuberculeux. De part et d'autre, bronches qui communiquaient avec les excava- ns étaient d'un rose très-tendre et fort minces ; autres étaient pâles; dans toutes, la membrane aqueuse avait une épaisseur et une consistance nvenables. — Il y avait environ six onces de séro- é dans la plèvre gauche. — Le cœur était d'un édiocre volume ; la membrane interne du ventricule uche et de l'aorte d'un rouge vif : cette couleur nétrait assez profondément dans la tunique moyenne l'artère, qui n'offrait aucun changement d'épaisseur ı de densité.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'œsophage ait pâle, et couverte dans toute sa longueur par une usse membrane pultacée, qui semblait n'être que xta-posée. — L'estomac avait un petit volume ; sa embrane muqueuse et celle de l'intestin grêle étaient ırfaitement saines dans toute leur étendue, sous le ıpport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur. elle du colon était grisâtre et molle comme du mu- us dans ses deux derniers tiers. — Les glandes mé- entériques dans l'état naturel. — Le foie, sans avoir ugmenté de volume, dépassait les côtes de trois oigts, était d'un jaune foncé, gomme gutte, d'une onsistance moyenne et gras. La bile de la vésicule oussâtre et épaisse. — Les reins pâles et un peu vo-

lumineux ; les autres viscères de l'abdomen parfaitement sains.

---

384. Ici, la marche latente de la maladie est d'une évidence telle, que de longues réflexions à cet égard seraient tout-à-fait superflues. Pendant les neuf mois qu'elle passa à l'hôpital, la malade n'eut en quelque sorte point de toux, à part les quinze derniers jours de son existence, et personne, surement, ne voudra mettre en doute que les excavations tuberculeuses ne fussent de beaucoup antérieures à cette époque. La seule chose qui puisse offrir quelque difficulté, c'est de savoir à quel temps il faut placer le début de la maladie. Si, à l'ouverture du cadavre, les poumons eussent été les seuls viscères plus ou moins profondément altérés, que les autres organes eussent été sains, ou seulement le siége de quelque lésion récente, nul doute qu'on ne dût faire remonter le début de la phthisie à l'époque à laquelle la santé de la malade commença à être altérée ; mais le foie offrait une lésion évidente, et probablement ancienne, on a long-temps pensé qu'il était le seul organe souffrant, et l'on serait peut-être porté à croire que la plupart des symptômes généraux, qui ont eu lieu plusieurs années avant la mort, doivent lui être rapportés. Néanmoins, si l'on réfléchit que trois ans avant l'altération de la couleur de la peau, la malade avait eu un catarrhe pulmonaire chronique, fort léger, il est vrai, mais continu pendant dix-huit mois ; qu'après

disparition la toux se renouvelait par les moindres causes, les odeurs, les brouillards, etc. ; que la lésion du foie était une de celles qui paraissent propres à la phthisie (161), en dépendent, et lui sont par conséquent postérieures en date ; on sera porté à croire que l'existence des tubercules pulmonaires remontait à l'époque du catarrhe chronique, et on leur rapportera le mal-aise et tous les symptômes éprouvés par la malade depuis ce moment jusqu'à sa mort. Ajoutons qu'il serait impossible de concevoir la faiblesse, et, pour ainsi dire, la bénignité des accidens, si la cause à laquelle on doit les rapporter n'eût agi avec lenteur, si le développement des tubercules n'eût été extrêmement chronique.

385. Nous avons supposé que l'altération de la couleur de la peau était due au foie ; mais la chose peut paraître douteuse vu l'état de la conjonctive, et parce que, dans aucun des cas où la transformation graisseuse du foie existait, nous n'avons observé de changement analogue dans la couleur de la peau. Observons toutefois que la malade avait éprouvé des picotemens et un sentiment de pesanteur dans l'hypocondre droit, ce dont les autres malades ne s'étaient jamais plaint, dans les mêmes circonstances.

Il existait, tout le long de l'œsophage, une fausse membrane de même nature que celle qui avait été observée sur la langue et les parois de la bouche ; pendant un mois, la déglutition œsophagienne fut plus ou moins pénible, il y eut des douleurs au cou ; et comme la trachée-artère était saine, on doit être porté à croire que l'un et l'autre symptômes étaient

dus à un état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'œsophage, qui aura déterminé l'exsudation membraniforme indiquée. Cette opinion nous semble très-probable, bien que nous ayons rencontré fréquemment une exsudation semblable à celle qui nous occupe, sans observer les symptômes qui viennent d'être rappelés.

386. Remarquons encore que malgré les variations fréquentes, la diminution, puis la perte complète de l'appétit, pendant un espace de temps assez considérable, la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine.

La structure des excavations pulmonaires mérite aussi quelque attention. La plus considérable d'entre elles était tapissée par une fausse membrane qui reposait sur le tissu pulmonaire, presque parfaitement sain; les cas de cette espèce sont rares, et c'est seulement dans leurs analogues, quand il n'y a qu'un petit nombre de tubercules dans les poumons, qu'il est possible de concevoir la guérison de la phthisie par le rapprochement des parois des excavations. Enfin, à part une faible couleur rose dans la partie des bronches voisines des excavations, ces organes étaient parfaitement sains, et repoussaient, avec l'histoire des symptômes, toute idée de catarrhe pulmonaire chronique, comme cause des tubercules.

XXXIe. Observation.

387. Une fille, âgée de vingt un ans, d'une santé délicate, d'une sensibilité très-vive, avait quitté depuis deux mois l'état de mercière, pour entrer dans une communauté religieuse : elle était parfaitement bien conformée, avait un médiocre embonpoint, se disait malade depuis six semaines quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité le 24 septembre 1822; elle attribuait sa maladie à une nourriture grossière. L'évacuation menstruelle, établie à l'âge de quinze ans, avait eu lieu tous les quinze jours dans les trois premières années, puis un peu moins fréquemment, mais toujours d'une manière inégale, et accompagnée de vives douleurs, dans les lombes surtout. Dès sa première apparition il y avait eu des fleurs blanches, et assez souvent des douleurs à l'épigastre ; ces dernières étaient beaucoup plus considérables depuis six semaines, au point que la malade ne pouvait plus rien supporter sur le ventre : elles étaient exaspérées par les légumes grossiers, comme les haricots, étaient très-vives la nuit, et cédaient en partie, pendant une heure environ, à un élixir qui déterminait beaucoup d'ardeur à l'épigastre. Des nausées s'y étaient jointes, l'anorexie était devenue presque complète, la malade avait de fréquentes coliques, quelquefois un peu de dévoiement, et depuis trois semaines des frissons qui revenaient tous les jours, suivis de chaleur et d'un peu

de sueur : *il n'y avait point eu de toux*, et la dyspnée, qui existait depuis l'enfance, ne semblait pas avoir sensiblement augmenté.

Le 25 septembre, figure pâle, chairs médiocrement fermes, embonpoint peu diminué, sommeil par intervalles; céphalalgie rare, sentiment de faiblesse assez considérable; respiration un peu gênée, oppression rapportée à l'épigastre, ni toux, ni crachats; pouls à peine accéléré, chaleur naturelle; langue humide, un peu blanchâtre, bouche mauvaise et pâteuse, anorexie sans soif; douleur au-dessous de l'appendice xyphoïde, sans élévation de la chaleur locale; autre douleur à l'ombilic, légère augmentation du volume de l'abdomen, constipation depuis quelques jours. (Sol. d'oxy. s. bis; lav. émol.; deux demi cr. de riz.)

L'oxymel paraissant exciter du dégoût, on lui substitua une légère infusion de chicorée; la malade s'en plaignit encore, et on ordonna, pour boisson, du thé faible coupé avec une petite quantité de lait.

Le 4 octobre, il y eut quelques douleurs de gorge, la respiration était très-gênée, parfois haletante, très-variable. La pectoriloquie imparfaite existait du côté droit de la poitrine en arrière et en haut, et quelquefois vis-à-vis de l'angle de l'omoplate; la voix semblait saccadée : ailleurs, la respiration paraissait se faire comme dans l'état naturel : il n'y avait ni *toux*, ni douleur de poitrine. La chaleur était un peu élevée, le pouls fréquent dans la soirée, la douleur épigastrique au même degré que les autres jours.

Le 9, il y eut un peu de toux, la respiration était trachéale, la pectoriloquie parfaite entre les épaules,

us étendue à droite qu'à gauche. Nous insistâmes upprès de la malade sur l'état de la respiration avant n arrivée à l'hôpital, et pour toute réponse elle ous dit qu'elle était enrhumée chaque hiver pendant n mois ou deux, qu'elle n'*avait pas toussé une seule is depuis un an.*

A compter de ce jour, jusqu'à la mort qui arriva 17 novembre, l'état de la poitrine fut à-peu-près ationnaire, les crachats peu abondans, tantôt lérs et muqueux, tantôt entièrement opaques et omme déchiquetés; la toux généralement forte la uit. Il y eut par intervalles des accès de dyspnée, la uit principalement. La fréquence du pouls n'augenta que dans les trois dernières semaines. Le soir, chaleur était élevée; il n'y avait ni sueurs, ni issons.

On ordonna quelques bains qui ne soulagèrent que nomentanément les douleurs épigastriques; elles fuent bientôt très-vives, étaient ordinairement accomagnées de chaleur locale, et cessèrent deux jours avant mort. Il y eut des vomissemens de bile dès le 20 octore, et ils persistèrent jusqu'au terme fatal, répétés ne ou plusieurs fois dans la journée, d'autant plus équens qu'on s'éloignait davantage de leur début : malade ne pouvait supporter trois jours de suite s mêmes boissons, tout lui répugnait. La langue nit par se sécher, il y eut des coliques et de la iarrhée. La dernière nuit fut fort agitée, mais la maide conserva sa connaissance jusqu'à la fin.

Ouverture du cadavre, vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. Deuxième degré de marasme; couleur livide de la joue droite sur laquelle la tête était inclinée.

Tête. Légère infiltration sous-arachnoïdienne : le cerveau et ses dépendances parfaitement sains.

Poitrine. Un peu de sérosité claire dans la cavité des plèvres; poumons libres, mous, crépitans, sains à leur base, durs à leur sommet où nous trouvâmes un assez grand nombre de tubercules enkystés. Les uns étaient vidés ou seulement ramollis; la plupart encore à l'état de crudité; on séparait aisément les kystes du tissu pulmonaire au milieu desquels ils étaient développés : dans leur intervalle et au-dessous, on voyait beaucoup de granulations grises et jaunâtres au centre. Les bronches étaient minces et d'un rouge foncé. — Le cœur petit, l'aorte couleur amaranthe.

Abdomen. Un peu de sérosité roussâtre dans les flancs; un verre de pus bien lié, jaune verdâtre, dans le petit bassin.—Adhérences assez intimes de l'épiploon avec l'intestin grêle, et de quelques-unes des circonvolutions de celui-ci entre elles, au niveau des ulcérations. —Beaucoup de granulations miliaires à la surface de l'intestin grêle, presque toutes demi-transparentes; quelques-unes seulement un peu opaques au centre, toutes développées à la face adhérente du péritoine.—Membrane muqueuse de l'estomac, rouge au niveau du grand cul-de-sac, dans la largeur de

ıux pouces, parfaitement saine dans les environs ıı pylore et à sa face antérieure, molle comme du ıucus dans le reste de son étendue. — Grand nom-re d'ulcérations dans toute la longueur de l'intestin ·êle, transversales, distantes les unes des autres de ·eux à six pouces : plusieurs d'entre elles formaient ınneau complet. Dans leur intervalle, la membrane ıuqueuse était saine; à leur niveau elle était entiè-ement détruite, et le tissu cellulaire sous-muqueux ıssez mince et grisâtre; dans quelques points la ıembrane musculaire était mise à nu, épaissie, et ıarfois ses faisceaux séparés par des granulations ıberculeuses. — Les colons transverse et lombaire ıroit offraient deux ulcérations étoilées en quelque ırte, de la largeur d'un écu de six francs et au-delà, ıyant la même structure que celles de l'intestin grêle : ıntre elles s'en trouvait une plus petite qui reposait ımmédiatement sur le péritoine. La membrane mu-ueuse était pâle et très-ramollie dans le colon ıransverse. — Les glandes mésentériques étaient plus ıu moins complètement tuberculeuses, et la partie e la glande qui n'avait pas subi cette transformation, 'un rouge plus ou moins vif. — Le foie était volumi-eux, pâle, fauve, piqué de rouge, facile à déchirer, ras : la vésicule un peu petite, remplie d'une bile ıoirâtre, visqueuse, semblable à de la mélasse. — ıes autres viscères de l'abdomen sains.

---

388. Que dans ce cas la phthisie ait été latente, 'est une chose hors de doute, par le seul fait de la

pectoriloquie, constatée avant la toux. Mais à quelle époque doit-on faire remonter le début des tubercules? C'est ce qu'il nous semble impossible de déterminer. Car si nous allons au-delà des six semaines qui ont précédé l'admission de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire, au-delà de l'époque assignée par elle au début de la maladie, il n'y a pas plus de raison de s'arrêter au dernier qu'à l'avant-dernier *rhume*, puisque la santé était bonne dans leur intervalle. Toutefois, la grandeur, le nombre et la structure des ulcérations de l'intestin grêle, nous semblent indiquer que les tubercules pulmonaires dont ils dépendaient existaient antérieurement à l'époque dont il s'agit.

389. Quand nous recueillîmes l'observation qui nous occupe, nous n'avions pas encore fixé notre attention sur le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, et nous n'avons noté que son ramollissement extrême. Il est néanmoins probable que les deux lésions existaient, la malade ayant éprouvé pendant un intervalle de temps considérable, et à un degré très-prononcé, les symptômes qui leur sont propres, l'anorexie, les douleurs à l'épigastre, les nausées, le dégoût pour toute espèce de boissons, et enfin les vomissemens de bile.

Le pus épanché dans le petit bassin était le produit d'une péritonite aiguë récente, qui n'aura sans doute existé que dans les dernières vingt-quatre heures de la vie; du moins sommes-nous porté à le croire, soit parce que les symptômes de péritonite n'existaient pas quand nous vîmes la malade pour la dernière fois, soit parce qu'elle éprouva dans la nuit

à elle mourut une agitation extraordinaire sans perte e connaissance, et qu'à la suite d'autres maladies hroniques nous avons observé la même agitation, à même époque et dans les mêmes circonstances eulement. Toutefois, cette manière de voir n'est u'une conjecture à laquelle nous ne nous sommes vrés que pour faire voir que les derniers momens des alades ne sont pas sans intérêt pour l'observateur.

XXXIIe. Observation.

390. Une cuisinière, âgée de vingt-quatre ans, d'une onstitution faible et délicate, d'une taille moyenne, ant eu beaucoup de fleurs blanches dès et avant la emière apparition des règles, était malade depuis x semaines quand elle fut admise à l'hôpital de la harité. Elle avait éprouvé au début des coliques des douleurs d'une nature difficile à déterminer; s douleurs, assez vives et sans fièvre dans les preières semaines, diminuèrent dans les suivantes; la vre survint, et fréquemment il y eut dans la soirée s frissons suivis de chaleur et de sueur. L'appétit issa dès les premiers jours, bientôt l'anorexie fut esque complète, et la malade ne prit un peu de urriture que dans la matinée, ayant observé que coliques augmentaient beaucoup quand elle manait le soir. Une diarrhée peu considérable suivit sage de quelques pilules purgatives administrées quinze premiers jours; la soif fut à peine légère-

ment augmentée ; il n'y eut pas de toux. Les règles avaient paru à leur époque ordinaire, le 16 du mois dernier.

Le 15 juillet 1824, lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital : figure médiocrement animée, nulle céphalalgie, diminution peu considérable des forces ; poitrine sonore, respiration naturelle dans toute son étendue, *ni toux, ni crachats ;* néanmoins la malade avait eu, dix-neuf mois auparavant, à la suite d'un *rhume* prolongé, une hémoptysie qui avait duré six semaines ; ce rhume avait récidivé l'hiver suivant ; dans l'intervalle et depuis, la respiration était restée moins libre qu'avant, mais il n'y avait point eu de toux. La chaleur était peu considérable, le pouls très-légèrement accéléré ; la malade avait eu quelques frissons la veille dans la soirée. La langue était large, médiocrement humide, couleur café au lait, la bouche pâteuse et amère, la soif nulle ; les boissons tièdes excitaient du dégoût, les fraîches, des coliques plus ou moins fortes ; le ventre était un peu bombé dans toute son étendue et sensible à la pression : l'épigastre était douloureux ; ses douleurs augmentaient par toute espèce de mouvement et dans le paroxysme fébrile du soir ; les coliques se faisaient sentir par intervalles, il y avait deux selles tous les jours. (Sol. de sir. de g. ; lavem. de lin ; fom. ém. ; bain de siége ; 2 soupes.)

Depuis lors jusqu'au terme fatal, 26 août, *il n'y eut pas de toux,* si ce n'est dans les dix derniers jours. La malade qui l'attribuait à la nécessité de se découvrir la nuit pour diminuer la chaleur qui l'incommodait, y fit peu d'attention, et sa faiblesse nous empêcha de pratiquer l'auscultation. La chaleur fut

plus ou moins considérable dans la soirée, quelquefois précédée de frissons, toujours suivie de sueurs. Dans les derniers temps, le pouls devint très-accéléré, petit et faible.

Le 17 juillet, la malade rendit quelques gorgées de bile : bientôt ses vomissemens devinrent plus copieux et plus fréquens, eurent lieu presque journellement jusqu'à la mort, et parfois elle remplissait, dans un même jour, plusieurs crachoirs d'une bile jaune ou verte. Les douleurs épigastriques furent très-fortes, accompagnées de chaleur, augmentaient un peu avant le vomissement, et ne furent sensibles que de cette manière à compter du milieu d'août. Le ventre prit encore un peu plus de volume, était fréquemment douloureux et chaud ; la diarrhée ne fut ni considérable ni continue ; l'appétit, ordinairement très-déprimé ou nul, se réveillait quelquefois, et alors la malade prenait un peu de soupe ou un œuf frais avec plaisir, sans que l'une ou l'autre excitât de vomissement.

La faiblesse fit des progrès rapides. Le 26 août, à l'heure de la visite, la malade se sentait mourir, et nous fit observer des taches lenticulaires bleuâtres qui venaient de se développer à la poitrine et aux mains. Elle mourut le même jour à trois heures du soir.

Ouverture du cadavre, dix-huit heures après la mort.

État extérieur. Dernier degré de marasme ; flaccidité des membres, persistance des taches lenticu-

laires observées pendant la vie ; pas la moindre vergeture.

Tête. Cerveau plus ferme dans sa moitié supérieure que dans l'inférieure ; deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux. La protubérance annulaire et le cervelet peu consistans.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Le poumon droit adhérait d'une manière intime à la plèvre costale dans toute son étendue ; son lobe supérieur fourmillait de granulations grises demi-transparentes, plus ou moins opaques à leur centre ; il n'y en avait pas dans l'inférieur. Le poumon gauche offrait des adhérences celluleuses lâches, des granulations grises dans toute son étendue, et à son sommet, une excavation tuberculeuse de moyenne grandeur, tapissée par une membrane semi-cartilagineuse appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain, ou sur des granulations, et recouverte par une exudation couenneuse. Les bronches étaient saines. — Le cœur était un peu petit ; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. Les viscères et les parois de l'abdomen étaient tapissés dans presque toute leur étendue par une fausse membrane grisâtre, qui se correspondait à elle-même immédiatement, ou au moyen d'une matière disposée par plaques plus nombreuses et plus larges dans le petit bassin que partout ailleurs, d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, plus ou moins ferme et cassante, en un mot, tuberculeuse. — L'estomac avait un médiocre volume, et contenait une certaine quantité de bile. Son grand cul-de-sac offrait un as-

pect blanc bleuâtre dans une assez grande étendue, et dans les points correspondans, la membrane muqueuse était extrêmement mince et molle comme du mucus : pareille lésion existait près du pylore, dans une surface de quatre pouces environ ; entre celle-ci et la première, on l'observait encore sous forme de bandes de trois à quatre lignes de large, dans l'intervalle desquelles la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle de l'intestin grêle offrait quelques petites ulcérations et un ramollissement extrême dans toute son étendue. Celle du gros intestin était beaucoup moins ramollie, présentait deux ulcérations de trois lignes de diamètre, et un peu de rougeur dans le rectum. — Le foie était un peu plus rouge que dans l'état naturel, se rompait très-aisément. La bile de la vésicule avait une couleur capucine, et une médiocre densité.

La cavité de l'utérus et la moitié supérieure de son col étaient d'un blanc jaunâtre, avaient un coup-d'œil mat et une surface inégale ; ce qui provenait de la transformation de leur couche superficielle en une matière tuberculeuse très-ferme, d'une ligne d'épaisseur environ. Au-dessous de cette couche qui formait un plan non interrompu, se trouvaient encore des granulations miliaires de la même nature. Dans le reste de leur épaisseur, les parois de l'utérus étaient saines.

---

391. Sous quelque rapport que nous envisagions cette observation et la précédente, nous trouvons entre elles

la plus grande analogie. A-peu-près même âge, même constitution, même disposition des sujets aux affections catarrhales de longue durée, mêmes symptômes gastriques; à peine un peu de toux dans les derniers temps de la maladie, et à l'ouverture des corps, lésions analogues des poumons et de la membrane muqueuse de l'estomac. Ici, comme dans le cas précédent, l'affection tuberculeuse était bien antérieure à la toux, et à raison de l'hémoptysie qui avait eu lieu dix-huit mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, et d'un peu de dyspnée qui s'était maintenue depuis, on peut croire que le développement des tubercules remontait à cette époque.

L'état de l'utérus et de la cavité péritoniale était digne d'attention. Une fausse membrane recouvrait la paroi antérieure de l'abdomen, et tous les viscères qu'il contient; entre ses deux feuillets se trouvait une matière d'un jaune mat disposée par plaques plus ou moins larges; et quelques personnes voudront peut-être considérer cette matière comme du pus concret. Mais si l'on réfléchit que ses caractères étaient ceux des tubercules, que nous n'avons jamais rencontré de semblable lésion que chez les phthisiques, qui nous ont aussi offert exclusivement le développement de la matière tuberculeuse; qu'il n'est pas plus difficile de concevoir la production de cette matière à la surface d'une fausse membrane qu'à celle des uretères, des conduits déférens, et des vésicules séminales (Obs. 5 et 6); on conviendra qu'il est impossible de ne pas considérer les plaques dont il s'agit comme tuberculeuses.

Quant à la transformation de la couche superfi-

cielle de la face interne de l'utérus en matière tuberculeuse, nous rappellerons qu'elle a dû s'opérer assez promptement, les règles n'ayant pas été dérangées avant l'admission de la malade à l'hôpital (183).

392. Par rapport au développement général de la matière tuberculeuse, nous observerons qu'il était au même degré dans tous les organes où il existait; que cela semble indiquer, comme nous l'avons déjà dit, l'action d'une seule et même cause agissant à-la-fois et dans le même temps sur plusieurs parties, et venir à l'appui de ce que nous avons avancé au sujet de la nature des plaques jaunes placées entre les deux feuillets de la fausse membrane qui recouvrait le péritoine.

---

393. Les six observations qui viennent d'être rapportées, ne sont pas les seules du même genre que nous ayons recueillies; deux de celles que nous avons exposées plus haut auraient pu trouver place ici. L'une (Obs. 4.) était relative à un homme qui mourut après cinq mois d'une diarrhée très-forte, n'ayant eu de toux que dans les six dernières semaines de son existence, et chez lequel nous trouvâmes beaucoup de tubercules, d'excavations pulmonaires, et d'ulcérations très-vastes dans les intestins. La grandeur du désordre indiquait d'une manière certaine que les tubercules pulmonaires existaient bien antérieurement à la toux; et comme la diarrhée tenait probablement dès son début aux ulcérations intestinales commençantes (lesquelles sont, comme nous l'avons dit, une suite de la phthisie), on doit admettre que l'exis-

tence des tubercules pulmonaires remontait à la même époque. — Il s'agissait dans l'autre cas d'une jeune fille de dix-neuf ans, malade depuis sept mois, et toussant depuis quelques semaines seulement quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité (Ob. 9); alors la pectoriloquie existait, les crachats étaient déchiquetés, et il devenait évident, par cette double raison, et par d'autres encore, que les tubercules pulmonaires avaient existé bien avant la toux.

394. Ainsi, sur cent vingt-trois cas de phthisie, huit, ou la quinzième partie, étaient l'exemple de tubercules pulmonaires latens, c'est-à-dire, antérieurs à la toux de six mois à deux ans. Cette proportion, bien qu'assez considérable, est sans doute très-inférieure à ce qu'elle est réellement, si, comme nous l'avons dit plus haut, l'hémoptysie plus ou moins forte qui précède la toux et les crachats, est l'effet, et non le symptôme avant-coureur des tubercules. Cette espèce d'hémoptysie avait effectivement précédé les autres symptômes de la phthisie chez sept des sujets dont nous avons regardé l'affection comme régulière.

Les huit cas de phthisie latente que nous avons rapportés se partagent naturellement en deux ordres : dans l'un, les tubercules ont existé plus ou moins long-temps avant de causer ni toux ni crachats, ni même de symptômes généraux de quelque valeur (Obs. 4, 30, 31, 32); dans l'autre, ils ont donné lieu à des symptômes généraux très-intenses, la fièvre, l'amaigrissement, l'anorexie, etc., bien avant d'exciter la toux ou l'expectoration (Obs. 9, 27, 28, 29). Dans les premiers cas, la faiblesse des accidens

vait détourner de tout examen capable de faire onnaître exactement l'état des poumons; mais dans s autres, à raison de la difficulté de rapporter les mptômes à un organe quelconque, et à cause de fréquence de la phthisie, on aurait dû soupçonner bonne heure l'existence des tubercules pulmonaires, chercher tous les accidens locaux qui avaient pu tister, comme les douleurs de côté ou entre les épaules, hémoptysie, etc., et surtout s'assurer de l'état des oumons, en pratiquant avec soin l'auscultation et la ercussion. Il est probable, en effet, qu'au moyen e ce double mode d'exploration, on aurait reconnu phthisie chez les quatre sujets de la seconde série, ien avant le début de la toux et de l'expectoration: est donc un puissant motif d'y avoir recours dans les as analogues, et en général, toutes les fois qu'il y a épérissement et doute sur le caractère de la maladie u'on observe.

395. D'ailleurs, que des tubercules existent penant un espace de temps plus ou moins considérable ans les poumons, sans donner lieu à des symptômes ui en sont presque toujours la suite, ce fait n'a rien e fort extraordinaire, puisque toutes les maladies, s phlegmasies des organes parenchymateux ou des embranes séreuses, quelquefois même celles dont marche est aiguë, le ramollissement du cerveau, tc., etc., peuvent exister de cette manière. Mais ce u'il y a de vraiment remarquable ici, c'est la violence des symptômes généraux, le dérangement de lusieurs fonctions dont les organes étaient parfaitement sains, tandis que le seul viscère malade semlait être le seul intact. C'est effectivement dans des

cas de phthisie simple et latente (Obs. 27, 28, 29), que la fièvre a été le plus considérable, et le dérangement des fonctions digestives le plus prolongé. — Ce fait confirme ce qui a été dit précédemment (252), que dans le plus grand nombre de cas, les premiers symptômes fébriles des phthisiques sont dus aux tubercules pulmonaires, et non aux désordres consécutifs, comme les ulcérations intestinales, etc., etc.

396. Il nous semble impossible, dans l'état actuel de la science, de déterminer, ou même d'entrevoir les causes qui masquent ainsi les tubercules pulmonaires. On ne saurait, en effet, rapporter ces causes à un défaut de susceptibilité qui rendrait les poumons insensibles à la présence des tubercules, puisque les six huitièmes des sujets sont des femmes, que la moitié d'entre eux avait éprouvé, antérieurement à la toux, une fièvre très-intense, et que la réaction générale suppose autant de susceptibilité que le développement plus ou moins marqué des symptômes locaux. On ne saurait non plus expliquer les faits qui nous occupent par l'existence des complications, vu que dans plusieurs cas la phthisie était tout-à-fait simple.

Nous reviendrons plus tard sur ce que ces faits offrent d'important relativement aux causes des tubercules pulmonaires.

Article II.

PHTHISIE AIGUE.

Les observations rapportées jusqu'ici sont autant preuves de l'extrême variété de la phthisie relatiment à sa durée : nous l'avons vue parcourir toutes s périodes dans l'espace de *vingt ans* à trois mois)bs. 10, 24) ; mais elle a été plus promptement ortelle encore dans les cas dont nous allons donner istoire.



XXXIIIe. Observation.

397. Une fille, âgée de dix-huit ans, d'une constituon assez forte, ayant les cheveux châtains, les chairs rmes, et un embonpoint convenable, fut admise l'hôpital de la Charité le 29 avril 1822. Elle était rement enrhumée, ordinairement bien portante et alade depuis quinze jours seulement. Au début, issons avec tremblement, suivis de chaleur et de ieur ; les frissons se renouvelèrent plusieurs fois ans la suite, la chaleur fut plus ou moins forte, la oif considérable ; il y eut des nausées par intervalles, lus rarement la malade rendit quelques gorgées de ile, l'anorexie fut complète, la constipation fréuente ; l'affaiblissement augmenta en proportion des utres symptômes ; enfin, au *dixième jour* de la ma-

ladie, il y eut un peu de toux et quelques crachats. Les règles, établies à l'âge de quinze ans, n'avaient pas reparu depuis trois mois; la malade ne s'était pas alitée.

Le 30 avril, visage animé, céphalalgie gravative, lassitudes dans les membres; respiration haute et accélérée (on comptait quarante-quatre mouvemens respiratoires par minute), toux fréquente, crachats demi-opaques, un peu verdâtres, médiocrement aérés; douleurs au milieu du sternum et sous la clavicule gauche; râle sonore des deux côtés de la poitrine. Pouls accéléré (cent trois pulsations) sans largeur ni dureté, chaleur intense, sueur la nuit. Langue rouge au pourtour, blanchâtre au centre, bouche sèche, pâteuse et amère, soif vive, anorexie, une selle liquide pendant la nuit. (Douze sangsues à la vulve; viol. édulc. acid.; sol. de sir. de g.; lav. émol. bis.)

Le 1er. mai, augmentation du mal-aise habituel, douleur au côté droit de la poitrine, crachats abondans, verdâtres, un peu striés de lignes jaunes; les résultats de l'auscultation les mêmes que la veille. (Catapl. loco. dol.)

Le 2, aucun changement remarquable; sueur la nuit, un peu de diarrhée, quelques sudamina. (Vesic. loco. dol.)

Dès-lors jusqu'au 19 mai, jour de la mort, la maladie marcha d'une manière rapide et toujours égale; la respiration fut haute et fréquente, de manière à se répéter successivement quarante-neuf, cinquante-trois et même soixante fois par minute; la toux fut très-forte, et ordinairement davantage la nuit que le

ur ; les crachats plus ou moins abondans, muqueux, rés, ou entièrement opaques, verdâtres, sans air et iés de lignes jaunes. La poitrine percutée à différentes reprises rendit un son clair. Du côté droit entendait beaucoup de râle muqueux le 7; le 10, peu de crépitation autour de la mamelle, et le uit respiratoire y était moins fort que du côté uche. Le 18, il y avait une sorte de claquement umide à chaque inspiration dans presque toute la rtie antérieure de la poitrine, et un peu de crépition du côté gauche.

Le pouls devint tous les jours plus accéléré ; le 16, comptait cent soixante-quatre pulsations par minute, la chaleur était forte et sèche : il y eut régurement des sueurs pendant la nuit jusqu'au 12.

L'anorexie persista, la soif fut très-vive, en sorte ue la malade buvait de cinq à six pintes de tisane vingt-quatre heures. Elle eut des nausées, quelques vomissemens de bile, des douleurs à l'épigastre, ns les sept derniers jours, et constamment un peu diarrhée.

Le mal-aise fut continuel et progressif. La figure eximait l'étonnement, était pâle ; les traits s'écouent vers le 16. Dans la nuit du 18 au 19 la parole vint embarrassée, il y eut un peu de délire ; la malade ussait des cris, appelait à son secours, afin d'être *barrassée de son mal de poitrine.* Elle expira le 19, trois heures du matin.

Le vésicatoire se dessécha quelques jours avant la ort. Les premières boissons furent continuées ; ordonna fréquemment des lavemens de graine de , et dans la dernière semaine, la sécheresse de la

peau engagea M. Chomel à essayer l'effet de quelques bains tièdes, donnés près du lit de la malade.

Ouverture du cadavre, vingt-quatre heures après la mort.

État extérieur. Roideur cadavérique très-prononcée. Deuxième degré de marasme.

Tête. Légère infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau parfaitement sain.

Poitrine. Le poumon gauche offrait quelques adhérences en arrière ; son lobe supérieur contenait un assez grand nombre de granulations grises demi-transparentes, et de petites masses tuberculeuses non ramollies, entourées d'un tissu légèrement engoué : l'engouement était plus marqué à la base du lobe inférieur qui contenait peu de granulations. Le poumon droit adhérait universellement à la plèvre costale, était transformé à sa base, dans presque tout son pourtour, en une masse de matière tuberculeuse faiblement nuancée de rose, de deux pouces de hauteur sur deux de largeur, creusée à son centre d'une espèce de canal anfractueux au milieu duquel se trouvait un fluide assez épais, peu abondant, couleur lie de vin. Dans le reste de son étendue ce poumon offrait un grand nombre de granulations grises demi-transparentes, et de petits amas de matière tuberculeuse un peu ramollie ; son tissu était légèrement engoué.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'estomac était enduite d'un mucus visqueux dans les environs du pylore, et offrait quelques marbrures rougeâtres

ns le grand cul-de-sac. — L'intestin grêle, le colon les autres viscères de l'abdomen étaient dans leur at naturel.

---

398. Dans cette observation, le passage de la santé la maladie a été subit ; le moment où a cessé l'une, celui où a commencé l'autre, ne saurait être dou-ux : en somme, l'affection a duré trente-cinq jours ; la toux vingt-cinq seulement. La violence des ac-dens n'est pas moins remarquable que la rapidité u cours de l'affection : c'est d'abord un mouvement brile très-intense, auquel se joignent, après dix urs de durée, des symptômes de catarrhe, la toux, es crachats, l'oppression : celle-ci augmente rapi-ement ; au sixième jour de la toux, la respiration se pète quarante-sept fois par minute, et cette accélé-ation permanente est encore portée plus loin les jours ivans ; la chaleur est très-considérable, le pouls ès-accéléré : tout indique une affection aiguë des oumons. Cependant la poitrine rend toujours un on clair, les résultats de l'auscultation sont à-peu-rès négatifs, n'indiquent point un catarrhe pulmo-aire intense, et peuvent seulement faire soupçonner, ans les derniers jours de la vie, un premier degré de éripneumonie incapable d'expliquer les accidens qui nt précédé ou ceux qui existent. Dans cet état de hoses, était-il possible de reconnaître la nature de affection ?

399. Sans doute l'auscultation aurait pu être prati-uée avec plus de soin, nous aurions dû étudier les

effets de la voix dans toute l'étendue de la poitrine ; mais cette exploration supposée, en eussions-nous été plus capables d'arriver au diagnostic? Nous ne le croyons pas. Et, en effet, en admettant l'existence d'un retentissement plus ou moins considérable de la voix à la partie inférieure du poumon droit, il aurait fallu, pour l'attribuer à l'excavation existante, supposer contre la règle (1) que la matière tuberculeuse s'était développée de la base au sommet du poumon, qu'elle était plus avancée dans la première partie que dans la seconde, ce qui n'était pas possible ; de manière que tout semblait réuni pour tromper l'observateur, la violence des symptômes et la marche inaccoutumée de la lésion. L'absence des symptômes de la pleurésie et de la péripneumonie, jointe à l'aspect des crachats, fit penser un instant à la phthisie ; mais trop de circonstances semblaient repousser cette idée, pour que M. Chomel, à qui elle se présenta, pût y donner quelque suite. Toutefois, ce fait ne doit pas être perdu pour nous, il relève encore l'importance des crachats comme signe diagnostic, et montre combien il est utile d'en observer exactement les caractères.

400. Il est d'ailleurs fort remarquable que, malgré l'extrême rapidité du développement des tubercules, il n'y ait pour ainsi dire pas eu d'inflammation à leur pourtour, et en particulier dans le poumon droit.

Nous ne nous arrêterons pas aux symptômes gastriques, vu la manière extrêmement incomplète et

(1) Des cent-vingt-trois observations qui font la base de ce travail, celle-ci est le seul exemple du développement de la matière tuberculeuse de la base au sommet des poumons.

uperficielle dont les organes digestifs ont été décrits. 'outefois, nous remarquerons que les vomissemens e bile réunis aux prétendues vergetures de la memrane muqueuse de l'estomac, pourraient faire souponner un état pathologique plus ou moins grave de e viscère : mais qu'est-ce que des soupçons là où il udrait des faits bien constatés ?

401. Dans l'observation suivante, l'affection tuberuleuse n'a pas été la cause immédiate de la mort, nais elle a débuté avec la même violence que dans elle dont il vient d'être question, et c'est le motif ui nous engage à ne pas l'en éloigner.



XXXIVe. Observation.

Un maître de piano, âgé de quarante-six ans, d'une ille moyenne, d'une constitution forte, ayant la oitrine large et un embonpoint assez prononcé, fut dmis à l'hôpital de la Charité le 6 octobre 1823; il tait malade depuis trois semaines. L'affection avait ébuté sans cause connue, au sortir d'un repas modéré, par un tremblement bientôt suivi de chaleur, . depuis, celle-ci avait toujours été plus ou moins onsidérable. Après les premières vingt-quatre heures, respiration était devenue difficile, la dyspnée avait it de continuels progrès, il s'y était joint par itervalles un peu de toux. Dans les derniers huit ours, la soif avait été extrêmement vive, et l'anoexie complète. D'ailleurs, point de sensation pé-

nible à l'épigastre, de nausées ou de vomissemens; selles rares.

Le 7 octobre, expression de mal-aise, mêlée à un air d'apathie; lenteur dans les réponses, céphalalgie; mouvemens respiratoires bornés et fréquens, oppression forte, toux rare, quelques crachats muqueux et médiocrement aérés, bruit respiratoire faible et sans râle sous la clavicule droite, naturel dans le reste de la poitrine; chaleur modérée, pouls à quatre-vingts pulsations par minute; langue jaunâtre au centre, naturelle au pourtour, anorexie, soif peu considérable; ardeur, sécheresse au pharynx, déglutition facile, nulle douleur à l'épigastre, constipation. (Viol. av. le sir. de g.; pot. g. oxym.; lav. de lin.)

Les crachats étant légèrement visqueux, on ordonna une saignée de dix onces le lendemain.

Le 9, l'expectoration était un peu plus facile, l'oppression à-peu-près au même degré que le premier jour, les résultats de la percussion et de l'auscultation n'avaient pas changé; la langue était un peu rouge au pourtour, la sécheresse et l'ardeur au pharynx considérables, celui-ci et les amygdales assez vivement colorés, la déglutition difficile, la soif modérée, la chaleur forte, le pouls plus fréquent que d'ordinaire (cent quatre pulsations par minute); le sang tiré la veille, couvert d'une couenne légèrement grisâtre, d'une ligne d'épaisseur. (Inf. pect. oxym.; pot. g. oxym. scill. ℥ ß.; vésic. de cinq pouces à la partie antér. du thor.)

Le lendemain, la chaleur générale était diminuée, le pouls un peu moins fréquent.

Le 11, crachats légèrement visqueux, blancs;

-rés; respiration dans le même état apparent que 9; on n'entendait de crépitation dans aucun point, la poitrine rendait un *son clair dans toute son étendue*; le pouls était un peu faible, médiocrement accéléré (quatre-vingt-seize pulsations par minute); état du pharynx et des amygdales stationnaire; le mal-aise augmenté, les mouvemens difficiles et incertains. Il y avait eu deux selles liquides. (Coll. adouc.)

Le 12, la fréquence du pouls avait un peu diminué; la figure exprimait l'abattement; la parole était lente, la luette infiltrée; le malade ne se plaignait que d'une chaleur incommode au pharynx et le long du cou.

Pas de changement appréciable le jour suivant. Le 14, on entendait une espèce de bruit de soufflet dans une bonne partie de la poitrine; les crachats étaient visqueux, blancs ou grisâtres; le pouls très-accéléré, la langue dure, sèche et fendillée; l'ardeur du pharynx toujours la même, sa rougeur et celle de la luette un peu moindre qu'à l'ordinaire; le mal-aise et l'anxiété croissaient, la figure était uniformément rouge. Il y eut un peu de délire la nuit, et le lendemain, à dix heures du matin, le malade mourut.

Il avait eu tous les jours deux selles liquides; toutes les nuits sa tête était inondée de sueur; son ventre était demeuré indolent.

Ouverture du cadavre, vingt-deux heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable que le bon état des chairs.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable ; distension des veines cérébrales supérieures ; pie-mère médiocrement injectée ; cerveau très-ferme, sablé de sang ; une cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux.

Cou. Amygdales saines ; luette un peu épaissie ; destruction partielle de l'épiglotte du côté gauche ; dans une hauteur de deux lignes et une largeur un peu moindre ; membrane muqueuse du larynx dans l'état naturel ; celle de la trachée-artère d'un rouge vif à sa partie inférieure et d'une bonne consistance.

Poitrine. Poumons volumineux, plus ou moins violacés ; le gauche libre, le droit adhérent d'une manière faible dans quelques points. Leur tissu était rouge, grenu dans la plus grande partie de leur étendue, friable du côté droit surtout, plus ferme au sommet qu'à la base, cédait par la pression un liquide épais couleur lie de vin, un peu aéré inférieurement ; contenait une infinité de granulations grises demi-transparentes, dont le volume décroissait des parties supérieures aux inférieures. Elles étaient opaques, jaunâtres à leur centre, avaient le volume d'un grain de chenevis dans le premier sens, celui d'un grain de millet et une demi-transparence complète vers le second. Les bronches étaient minces et leur membrane muqueuse parfaitement saine, sauf cette légère couleur violacée qu'on trouve si ordinairement chez les sujets dont la respiration a été gênée long-temps avant la mort. — Le cœur était un peu mou ; l'aorte présentait quelques plaques jaunâtres.

Abdomen. Il y avait des ulcérations arrondies, d'une ligne de diamètre environ dans toute la longueur de

œsophage; la membrane muqueuse était entière-ment détruite dans le point correspondant. L'esto-mac était volumineux, sa membrane muqueuse d'une couleur rouge orangé, un peu ramollie dans la moitié du grand cul-de-sac et amincie dans quelques points de la même région; ailleurs elle était inégale, mamelonnée, grisâtre, offrait des sillons d'un à deux pouces de longueur sur une ligne de large environ, avait à peine à leur niveau le quart de l'épaisseur qu'elle présentait à celui des mamelons. — Le duo-dénum était un peu rouge sans offrir autre chose de remarquable. — L'intestin grêle était parfaitement sain, à part un petit abcès sous-muqueux de la grosseur d'un pois. La membrane muqueuse du gros intestin était dans le même état d'intégrité, à quelques faibles rou-geurs près. — Le foie molasse et d'une couleur fauve; la rate un peu volumineuse, le reste sain.

---

402. Quel que soit le jour auquel on doive faire re-monter le début de la péripneumonie, le malade a succombé à cette affection et non à la phthisie; mais il nous semble qu'à une certaine époque les tubercules étaient la lésion unique des poumons, qu'ils ont donné lieu aux premiers symptômes fébriles, se sont développés d'une manière aiguë; que la péripneumo-nie peut être considérée comme le résultat de leur développement rapide, qu'ils en ont été la cause oc-casionelle. Et en effet, du 7 au 11 inclusivement, c'est-à-dire jusqu'au quatrième jour qui précéda la mort du sujet, la respiration était naturelle du côté

gauche de la poitrine, un peu faible à droite, et nulle part il n'y avait de râle crépitant, ou d'une autre espèce. Qu'il eût existé à cette époque un noyau péripneumonique assez profondément placé pour qu'on n'entendît pas la crépitation, la force du bruit respiratoire aurait plutôt augmenté que diminué à la superficie des poumons. D'ailleurs, une inflammation aussi bornée que nous le supposons ne rendrait pas un compte satisfaisant de la violence des symptômes et surtout de la dyspnée : la poitrine était sonore dans toute son étendue, le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, et le 11 octobre; l'hépatisation avait le même caractère, était au même degré de développement dans toute l'épaisseur des poumons, semblait avoir eu lieu simultanément et non d'une manière successive : et par toutes ces raisons il nous semble qu'on ne saurait faire remonter le début de la péripneumonie au-delà du quatrième jour qui a précédé la mort, que dès-lors la fièvre, l'oppression, la toux, antérieures à cette époque, doivent être attribuées au développement très-rapide des tubercules. Ce début vraiment formidable et sa ressemblance avec celui de l'affection qui fait l'objet de la précédente observation, doivent porter à croire que si la péripneumonie n'eût pas abrégé les jours du sujet, l'affection tuberculeuse eût encore été très-promptement mortelle.

On ne saurait non plus imaginer qu'à l'époque à laquelle l'oppression et la fièvre se sont manifestées, les tubercules existassent depuis un certain temps; car avant le début des accidens qui ont eu lieu du côté de la poitrine, le malade se portait *parfaitement*

-en, et l'on ne concevrait pas qu'un si grand nombre
-: granulations pût exister sans produire un trouble
-uelconque dans l'exercice des fonctions; en sorte que
-out indique que l'affection tuberculeuse dont il s'agit
-eu une marche très-rapide.

403. L'état inflammatoire du larynx et les ulcé-
-ations de l'œsophage auront sans doute contribué à
-ne certaine époque au mal-aise et à l'anxiété du ma-
-ade; et c'est à la dernière de ces lésions que nous
-royons devoir rapporter la sensation incommode qu'il
-prouva le long du cou.

404. Nous avons considéré jusqu'ici l'état mame-
-onné de la membrane muqueuse de l'estomac uni
-une couleur grisâtre (94) comme le produit d'une
-hlegmasie chronique : cette lésion était extrême-
-ment marquée dans le cas dont il s'agit, et néanmoins,
-rente jours avant sa mort, le sujet paraissait jouir
-l'une excellente santé. Cet état serait-il compatible
-vec une sorte d'intégrité des fonctions digestives,
-u bien se développerait-il dans quelques cas d'une
-manière rapide?

405. Nous plaçons encore parmi les exemples de
-hthisie aiguë les observations suivantes, dans les-
-quelles la maladie a cependant marché avec un peu
-moins de violence et de rapidité que dans celles qui
-iennent d'être exposées.

XXXVe. Observation.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement forte, vint à l'hôpital de la Charité le 4 mai 1824. Il était enrhumé tous les hivers pour très-peu de temps, n'avait jamais eu d'affection grave, accusait vingt jours de maladie et avait cessé de travailler depuis quatre. Au début, toux, crachats clairs, sensibilité au froid, anorexie, constipation; ces symptômes persistent, prennent plus d'intensité les onze derniers jours, et il s'y joint des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, à l'épaule principalement, de la céphalalgie et des lassitudes dans les membres. Au quinzième jour, la diarrhée succède à la constipation, l'anorexie est complète, le malade ne prend plus de nourriture.

Le 5 mai, figure chaude, rouge, animée; yeux vifs et brillans; céphalalgie, décubitus horizontal, indifférent; oppression médiocre, toux peu fréquente, crachats pareils à de la salive battue. A gauche, douleur au bord des fausses-côtes, son mat en arrière dans la moitié inférieure de la poitrine et antérieurement sous la clavicule : gargouillement très-marqué dans ce dernier point et vis-à-vis l'épaule, égophonie imparfaite. Du côté droit, l'auscultation et la percussion ne donnaient que des résultats négatifs. Le pouls battait quatre-vingt-dix fois par minute, était

édiocrement développé, la langue humide naturelle pourtour, d'un gris jaunâtre au centre, la bouche teuse, la soif assez vive, l'anorexie complète, l'épistre et l'hypogastre sensibles à la pression; trois lles liquides. (Viol. oxy. ter; pot. g.; saignée ℥ X.)

Le 6, état stationnaire; le sang tiré de la veine rmait une masse sans retrait et sans couenne.

Les mêmes symptômes continuèrent dans une proession constante et à-peu-près uniforme, jusqu'au juin, jour de la mort du sujet.

L'oppression ne devint très-considérable et la spiration très-accélérée que dans les huit derniers urs de la vie. Vers le milieu du mois de mai, le alade rapportait toute sa dyspnée au côté gauche de poitrine. La toux fut quelquefois très-forte, ordiirement modérée; les crachats plus ou moins abonins, clairs, mousseux, blanchâtres, légèrement tachés e sang le premier jour du mois de juin; quelquesins étaient verdâtres et sans stries dans les derniers emps. Le 14 mai, le côté gauche de la poitrine ne endait aucun son au-dessous de la mamelle, et en rrière dans ses deux tiers inférieurs; l'égophonie exisant vis-à-vis l'épaule avait fait place à un simple reentissement de la voix qui s'étendit bientôt plus as; le gargouillement continua, parfois mêlé de uelques craquemens. Le 26, la respiration était rachéale sous la clavicule gauche, où nous n'entenîmes pas la pectoriloquie; le 28, il y avait un peu de répitation du même côté antérieurement.

Le pouls fut toujours accéléré, battait rarement noins de cent fois par minute, devint beaucoup plus réquent les huit derniers jours. La chaleur fut con-

sidérable; il y eut des sueurs nocturnes assez copieuses, et rarement des frissons.

La langue conserva presque toujours l'aspect indiqué; la soif fut vive, et proportionnée à la fièvre, l'anorexie complète, l'épigastre un peu douloureux dans les six jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, puis indolent. Du 22 au 24 mai, il y eut quelques vomissemens d'un liquide clair, et sans amertume. Les selles furent plus ou moins liquides, presque toujours au nombre de deux ou trois dans dans la journée, rarement accompagnées de coliques.

La faiblesse fit des progrès rapides, et les douleurs au bord des côtes une fois dissipées, le malade ne se plaignit de rien, sinon de ne pas recouvrer ses forces. Il n'eut d'inquiétude sur son état que dans les derniers jours de la vie. Alors, il était constamment couché à droite, et sa faiblesse nous empêcha d'explorer convenablement ce côté de la poitrine où la respiration avait paru se faire d'une manière naturelle jusqu'au 28 mai. Dans la dernière semaine, la figure fut habituellement d'un rouge foncé, quelquefois cramoisi; l'oreille devint dure, il y eut un peu de délire la nuit et le jour qui précédèrent celui de la mort. Le 4 juin, à l'heure de la visite, le malade avait recouvré l'usage de l'intelligence, était dévoré de soif, et au milieu d'une dyspnée extrême buvait rapidement et sans aide; la sueur inondait son visage, et à onze heures il expira.

Les boissons ordonnées le premier jour furent continuées; on accorda par intervalles quelques bouillons coupés; une seconde saignée fut faite le 10 mai; le même jour, on appliqua douze sangsues à l'anus et

un vésicatoire au côté gauche de la poitrine, sans diminution apparente des symptômes. Le 31, l'augmentation de la dyspnée, de la chaleur et de la fréquence du pouls, engagèrent à pratiquer une nouvelle saignée qui ne produisit qu'un soulagement momentané.

Ouverture du cadavre, vingt heures après la mort.

État extérieur. Deuxième degré de marasme. Amincissement considérable, destruction presque complète de la peau à la partie moyenne du vésicatoire de la poitrine.

Tête. Cerveau ferme, un peu injecté; une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral; une cuillerée et demie du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. Le reste parfaitement sain.

Cou. Glandes cervicales rouges, volumineuses et fermes; quelques-unes d'entre elles parsemées de tubercules miliaires. La face laryngée de l'épiglotte était un peu ulcérée, son tissu sous-muqueux inégalement boursouflé; le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge vif, inférieurement surtout, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, offrait quelques petites ulcérations faites comme par un emporte-pièce.

Poitrine. Le poumon gauche remplissait exactement la cavité de la plèvre, adhérait au diaphragme, au moyen d'une fausse membrane, était juxta-posé dans le reste de son étendue, ferme et résistant partout, si ce n'est dans la largeur d'un pouce et demi environ, à son bord tranchant. Il offrait à son sommet une ca-

vité du volume d'une noix, incomplètement vidée, puis beaucoup de tubercules et quelques noyaux de tissu pulmonaire hépatisé ; le reste de ce lobe et tout l'inférieur étaient presque entièrement transformés en matière tuberculeuse disposée par masses plus ou moins considérables, non ramollies, entre lesquelles il y avait à peine la dixième partie du poumon qui fût perméable à l'air : la plèvre immédiatement appliquée sur la matière tuberculeuse s'en séparait sans effort. Le poumon droit était libre, offrait à son sommet un assez grand nombre de tubercules, parmi lesquels plusieurs étaient ramollis, ou incomplètement vidés ; il n'y en avait point ailleurs. Le bord tranchant des lobes supérieur et moyen était hépatisé dans une largeur assez considérable. — Le ventricule gauche du cœur un peu élargi ; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. L'estomac avait un médiocre volume ; sa membrane muqueuse était rouge, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac ; et au-dessous, dans un espace de quatre à cinq pouces carrés, blanchâtre et bleuâtre, amincie et molle comme du mucus ; dans les mêmes points, les vaisseaux étaient très-apparens : ailleurs, elle était mamelonnée, plus ou moins rouge, d'une bonne consistance, avait presque un millimètre d'épaisseur. — Dans l'intestin grêle, près du cœcum, se trouvaient des granulations semi-cartilagineuses ulcérées ou non ulcérées, puis quelques petites ulcérations d'une à deux lignes de diamètre, à bords plats, et sept autres plus considérables d'un pouce carré environ ; les unes et les autres sur des plaques. A leur niveau le tissu, sous-muqueux, était à découvert, plus ou moins inégal, épaissi,

t manquait dans quelques points ; dans le reste de son étendue la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle du cœcum et du colon ascendant était cassante ; partout ailleurs le gros intestin était dans l'état naturel. — Les glandes mésentériques correspondantes aux ulcérations étaient volumineuses, plus ou moins rouges et parsemées de points miliaires tuberculeux. — Le foie était sain, la bile de la vésicule noirâtre et épaisse ; la rate volumineuse et ramollie ; les autres viscères dans l'état naturel.

---

406. Au moment où il fut pris de toux et de fièvre, ce malade jouissait de l'intégrité de toutes ses fonctions, de manière que c'est à cette époque qu'il faut fixer le début de la phthisie, et que cette affection aura été mortelle en cinquante jours. Les poumons, il est vrai, n'étaient pas les seuls organes lésés ; mais si l'on réfléchit que le gauche était presque entièrement transformé en matière tuberculeuse, que le droit en renfermait une certaine quantité, on conviendra que si la mort du sujet a été accélérée par des complications, ce n'a pu être que de bien peu de temps ; en sorte que nous pouvons, sans erreur sensible, considérer cette mort comme l'effet unique de l'affection tuberculeuse des poumons.

407. Il n'est pas aussi facile d'indiquer, avec quelque certitude, la part de la maladie principale et de ses complications dans les phénomènes fébriles. A la vérité, l'auscultation indique que l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'a eu lieu que dans les

derniers jours de la vie, et qu'ainsi son influence sur les symptômes généraux ne peut pas dater d'une époque antérieure ; mais on ne pourrait affirmer que l'affection de la membrane muqueuse de l'estomac n'ait pas débuté en même temps que la toux, bien qu'il nous paraisse problable qu'elle ne remontait pas au-delà des quatre jours qui ont précédé l'admission du malade à l'hôpital. C'est en effet à cette époque que l'anorexie devint complète, et ce n'est que quelques jours après qu'il y eut des douleurs à l'épigastre. Toutefois, comme nous l'avons annoncé, la chose peut paraître douteuse, en sorte que l'observation qui nous occupe ne saurait nous faire connaître avec certitude les symptômes généraux qui accompagnent la phthisie aiguë.

408. Quand nous vîmes le malade pour la première fois, il y avait vis-à-vis l'épaule gauche un peu d'égophonie; au-dessous la poitrine ne rendait aucun son, la voix ne produisait pas de retentissement, et nous crûmes qu'il y avait vis-à-vis l'épaule un épanchement circonscrit par des adhérences. Mais à l'ouverture du cadavre, nous ne trouvâmes ni épanchement, ni fausses membranes, ni adhérences au niveau de l'épaule; de manière que dans ce cas, il est impossible de concevoir d'égophonie, à moins d'admettre des épanchemens circonscrits sans fausse membrane, ou bien encore une cause d'égophonie différente de l'épanchement.

409. Quoi qu'il en soit, le défaut d'égophonie au-dessous de l'épaule, au vingtième jour de la maladie, dans un point où la poitrine ne rendait aucun son, là où nous trouvâmes le poumon transformé en

atière tuberculeuse, indique que dès-lors cette
ansformation existait déjà; en sorte qu'on ne saurait
outer que la matière tuberculeuse n'ait envahi,
esque au même instant, le poumon gauche dans
ute son étendue; disposition fort rare, et qu'on
ut considérer comme propre à la phthisie aiguë.

410. Autour de la portion ramollie et amincie,
membrane muqueuse de l'estomac était rouge,
aissie et mamelonnée; si ce dernier état était,
mme on n'en pourrait douter, le produit de l'in-
mmation, l'autre avait très-probablement aussi la
ême origine.

Remarquons encore en passant que l'ulcération de
piglotte n'a donné lieu à aucun symptôme; bien
s fois nous avons demandé au malade s'il éprouvait
uelque douleur au niveau du larynx ou de l'os hyoïde;
toujours il nous a répondu négativement.

XXXVIe. Observation.

411. Une blanchisseuse, âgée de vingt-trois ans,
une constitution médiocrement forte, née de pa-
ns sains, non sujette au rhume, vint à l'hôpital de
Charité le 11 novembre 1821. Ses règles n'avaient
as reparu depuis onze mois; mais si l'on en excepte
uelques mal-aises qui revenaient de loin en loin, et
ne légère diminution des forces, sa santé n'en avait
as été troublée. Elle accusait quinze jours de ma-
die. L'affection avait débuté par une oppression

forte, à laquelle s'étaient joints, au huitième jour, une douleur vive au côté gauche de la poitrine, de la toux, des crachats, une chaleur intense, la nuit surtout, l'anorexie et la soif. La diarrhée les avait devancés de quelques jours.

Le 12 novembre, douleur assez vive au côté gauche, augmentant par la toux, l'inspiration, le décubitus sur cette partie; toux fréquente et souvent sèche, crachats mousseux, blanchâtres; pouls médiocrement accéléré, chaleur forte la nuit; langue humide, grisâtre au centre, soif, anorexie, trois selles liquides sans coliques. (Viol. édulc.; viol., oxym.; pot. gom.; douze sangsues à la vulve; catap. loco dol.)

Peu après la chute des sangsues, la malade éprouva une légère amélioration, la douleur diminua, puis disparut complètement; le décubitus devint également facile des deux côtés. Le 14, la chaleur était moins élevée, les crachats muqueux, jaunâtres, assez visqueux; la toux fut forte dans la soirée; elle continua de la même manière le lendemain; la douleur de côté ne revenait pas, il y avait un peu d'appétit.

Le 16, figure moins animée qu'à l'ordinaire, crachats plus liquides; le 17, respiration peu fréquente; pouls encore un peu accéléré, chaleur douce, presque naturelle, sueurs nocturnes; quatre selles liquides. (Saignée de dix onces.)

Du 17 au 24, le mouvement fébrile fut très-peu marqué, le pouls presque calme, la toux moins fréquente, les crachats rares, peu épais, les sueurs quotidiennes, la diarrhée moindre qu'à l'ordinaire: l'appétit se prononça, les alimens furent portés suc-

essivement au quart de portion ; la malade ne se aignait que de ne pas recouvrer ses forces.

Dans la nuit du 26 au 27 elle vomit sa tisane ; ans la matinée sa bouche était amère, l'appétit dé-rimé, l'épigastre indolent, le pouls accéléré, la cha-ur médiocre : on supprima une partie des alimens.

Les mêmes symptômes persistèrent les jours sui-ans, et dans la nuit du 1er. au 2 décembre, à la iite d'une sueur copieuse, il y eut un frisson violent, eaucoup de toux et de dyspnée, puis une douleur rofonde à la région du sternum. Dans la matinée u 2, les crachats étaient blancs et aérés, la figure euâtre, l'affaissement considérable. (Vésicat. au ern.)

Les accidens firent de continuels progrès jusqu'au 5 décembre, jour de la mort. Le 7, on entendait us la clavicule gauche un râle muqueux, mêlé d'une pèce de gargouillement. Le 11, les mêmes bruits exis-ient encore, et la poitrine ne rendait aucun son dans point correspondant. L'aphonie survint tout-à-coup, persista dans la suite, sans qu'il y eût de sensa-on pénible au larynx. La douleur sternale se fit uelquefois sentir pendant la toux. Le 4, les crachats aient grisâtres, arrondis et opaques : ils conser-rent les mêmes caractères jusqu'à la mort.

La diarrhée fut plus ou moins forte les dix der-ers jours.

La malade ne disait rien, ne se plaignait de rien, mblait absorbée par le sentiment de l'oppression ; le était habituellement couchée à gauche.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort.

État extérieur. Commencement du deuxième degré de marasme.

Le cerveau ne fut pas examiné.

Cou. Larynx dans l'état naturel : membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches d'un rouge plus ou moins vif.

Poitrine. Le poumon droit était parfaitement libre, sans tubercules, engoué à sa base. Le gauche avait quelques adhérences celluleuses à son sommet, était libre ailleurs et sans la plus légère trace de fausse membrane. Son lobe supérieur était presque entièrement converti en matière tuberculeuse, et offrait trois excavations très-incomplètement vidées. La matière tuberculeuse était presque uniformément ramollie partout, et se présentait sous forme de masses plus ou moins considérables, entre plusieurs desquelles se trouvait une certaine quantité de matière grise demi-transparente. Le lobe inférieur n'offrait qu'un petit nombre de tubercules, était engoué à sa base. — Le cœur avait un volume convenable, et des parois un peu plus épaisses que dans l'état ordinaire; l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. La largeur de l'estomac était à-peu-près la même que celle du colon : sa membrane muqueuse pâle. Il y avait douze ulcérations, d'une à deux lignes de diamètre, dans l'intestin grêle. — Le foie était volumineux et gras, d'une couleur fauve; les reins d'un rouge livide; l'utérus sain; les ovaires avaient le

lume qui leur est ordinaire, et contenaient une tite quantité de matière tuberculeuse.

---

412. Jetons maintenant un coup-d'œil sur les cirnstances principales de cette observation. Au dént de la maladie, les règles étaient suspendues deuis dix mois; il y avait eu de légers mal-aises ndant le même temps, mais d'ailleurs aucune aprence de fièvre, point d'amaigrissement, point oppression ni de toux, en un mot, aucun symptôme u'on pût rapporter à une maladie quelconque des umons. Le développement des tubercules ne sauit donc remonter à une époque antérieure au début la dyspnée, en sorte que la malade aura succombé quarante-huitième jour de la phthisie, et trèsobablement à cette seule affection : car, malgré la scription incomplète de la membrane muqueuse l'estomac, on peut croire, à raison de sa pâleur, défaut de nausées, de vomissemens et de dours à l'épigastre, qu'elle était parfaitement saine. outefois, la promptitude de la mort a quelque chose remarquable, en ce que le poumon droit était as tubercules, et que du côté gauche ils étaient esque entièrement bornés au lobe supérieur.

413. Mais ce qui donne à cette observation beauup d'intérêt, et pour ainsi dire une physionomie rticulière, c'est la marche rémittente de la maladie. effet, après quelques jours d'oppression la male est prise de fièvre, de toux, de crachats, d'une uleur vive dans le côté gauche de la poitrine; s symptômes persistent avec plus ou moins d'in-

tensité pendant huit à dix jours, et cèdent en partie à l'application de quelques sangsues à la vulve; du moins la douleur cesse, les autres accidens diminuent, et après une saignée de dix onces la fièvre disparaît presque complètement, la toux est moins forte, les crachats sont moins nombreux, les fonctions digestives se rétablissent. Cette amélioration dure onze jours, et dans la nuit du 1er. au 2 décembre, la malade est prise d'un violent frisson, accompagné de beaucoup d'oppression et d'anxiété; la toux est fréquente, et la mort arrive au treizième jour de l'exaspération subite et inattendue de tous ces symptômes. Ne dirait-on pas que la maladie est restée quelques temps stationnaire? Mais il est à présumer qu'elle a toujours fait quelques progrès, et que la violence des accidens de la seconde époque est, en grande partie, le résultat du ramollissement rapide d'un certain nombre de tubercules, et de leur évacuation dans les bronches. Ce qu'il y a de certain du moins, c'est que les crachats ont tout-à-fait changé d'aspect, du moment où les symptômes sont devenus formidables.

414. La douleur du côté gauche, éprouvée par la malade au début de l'affection, rapproche cette observation de la précédente, et montre que quand la matière tuberculeuse se développe rapidement, elle peut occasioner des souffrances plus ou moins vives. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il n'y avait point de traces de pleurésie récente. Toutefois, il serait possible que la matière tuberculeuse venant à se développer sous la plèvre *immédiatement*, la douleur fût encore due à l'affection de cette membrane.

---

415. Dans les quatre observations qui viennent ètre rapportées, le début de la maladie a été plus moins violent, et la mort est arrivée de trente cinquante jours après, à travers des symptômes néraux et locaux plus ou moins intenses; il n'y pas eu d'hémoptysie, la toux et les crachats ont é quelquefois devancés par la dyspnée, et cette rnière circonstance rapproche ces cas de ceux la phthisie, suivant une marche beaucoup moins pide, existe pendant un espace de temps plus ou oins considérable d'une manière latente, ne pro-it d'abord que des phénomènes généraux.

416. On conçoit d'ailleurs que le nombre de nos servations est trop limité pour qu'il nous soit pos-ble de donner une description générale de la phthi- sous sa forme aiguë, et d'en exposer les signes agnostiques dans la première période. Néanmoins, il us semble qu'on devrait redouter cette affection, ns les cas où les malades auraient été pris subite-ent et sans cause connue de dyspnée, de toux avec achats et fièvre, quelquefois de douleur de poi-ne (la respiration étant fort accélérée); si après certain temps ces symptômes prenaient encore de ccroissement, bien qu'on leur opposât les moyens ratifs convenables, et qu'il n'y eût pas de signes de éripneumonie, de pleurésie avec épanchement, ou catarrhe suffocant. La percussion et l'auscultation nvenablement pratiquées, pourraient, comme dans cas où la maladie a une forme chronique, éclairer

le diagnostic, en sorte que si la poitrine rendait un son obscur sous la clavicule exclusivement, et que le bruit respiratoire fût faible ou altéré d'une manière quelconque dans les circonstances indiquées, on pourrait regarder comme certaine l'existence des tubercules à l'état de crudité.

Toutefois, malgré la réunion de ces symptômes et les résultats positifs de la percussion et de l'auscultation, il pourrait encore y avoir des doutes sur la nature de la maladie dans la première période, si, comme dans la trente-cinquième observation, la matière tuberculeuse venait à se développer dans toute l'étendue de l'un des poumons presque en même temps. Alors, en effet, l'espace dans lequel la poitrine ne rendrait aucun son à sa partie postérieure et inférieure étant considérable, on pourrait croire à l'existence d'une péripneumonie, bien qu'antérieurement l'obscurité du son fût bornée à une étendue peu considérable au-dessous de la clavicule.

Tous les doutes seraient levés au commencement de la seconde période par le changement d'aspect des crachats, l'état de la respiration, devenue forte et trachéale là où elle était obscure auparavant, et la résonnance de la voix dans le même point.

417. Dans les 33[e], 35[e] et 36[e] observations, il y avait des cavités tuberculeuses au sommet des poumons; mais elles y étaient peu considérables, incomplètement vidées, sans fausses membranes; ce qui montre, comme nous l'avons déjà dit, que ces membranes n'existent que dans les cas où la phthisie a une marche beaucoup moins aiguë.

418. Malgré son développement rapide, l'affection

n a pas moins donné lieu aux désordres secondai-
s que nous avons signalés dans les cas où sa marche
it plus ou moins lente. Ainsi, nous avons observé
s ulcérations de la membrane muqueuse de l'épiglotte
le la trachée-artère (Obs. 34, 35), de celle de l'œso-
age (Obs. 34) et de l'intestin grêle. La membrane
iqueuse de l'estomac était ramollie et amincie dans
cas (Obs. 35); le foie avait subi la transforma-
n graisseuse dans un autre (Obs. 36); les glandes
nphatiques du cou et du mésentère offraient un peu
matière tuberculeuse chez un des sujets (Obs. 35).

419. Trois des malades étaient fort jeunes, avaient
-huit, dix-neuf et vingt ans; un quatrième, celui
nt les poumons n'offraient que des granulations
ses demi-transparentes, était dans sa quarante-
ième année : ainsi la forme aiguë n'était pas pro-
e aux jeunes sujets exclusivement, et peut-être de
uvelles observations prouveront-elles que cette
rme peut exister à toutes les époques de la vie.

420. Nous finirons cet article par l'observation
ivante, que nous aurions mise la première, si elle
laissait plusieurs choses à désirer sous le rapport
s détails anatomiques.

XXXVIIe. Observation.

Une fille de vingt ans, accouchée depuis dix-sept
urs, d'une constitution assez forte, habituellement
en portante, fut admise à l'hôpital de la Charité le

13 juillet 1822 ; elle avait joui d'une excellente santé tout le temps de sa grossesse, et jusqu'au sixième jour qui suivit ses couches, elle fut dans un état très-satisfaisant. Alors, survint tout-à-coup, et sans cause connue, une toux forte, accompagnée de crachats, d'oppression, de fièvre, d'anorexie et d'une soif intense. Les lochies se supprimèrent, il y eut quelques douleurs de ventre. On appliqua dix sangsues à l'épigastre dès le début; on fit une saignée du bras, mais sans amélioration sensible ; les symptômes firent tous les jours des progrès, et parfois il y eut des nausées. Le 14 juillet, le côté gauche de la poitrine devint douloureux, et le 15, la malade était dans l'état suivant.

Céphalalgie modérée, bourdonnemens d'oreilles par intervalles, figure pâle, faiblesse très-marquée, au point que la malade ne pouvait satisfaire le plus léger besoin sans aide; air de préoccupation, et néanmoins réponses justes, mémoire sûre ; décubitus élevé, respiration haute, très-fréquente (répétée quarante-trois fois par minute) ; douleur à la partie latérale et inférieure gauche du thorax, un peu moindre que la veille ; toux médiocrement fréquente, poitrine sonore dans toute son étendue; pouls très-accéléré (cent quarante pulsations par minute); chaleur peu élevée, sans sueur ; langue humide, un peu pâle, soif vive, anorexie, ventre souple, douleur à la région ombilicale, huit à dix selles liquides en vingt-quatre heures. (Viol. miellée nit. bis; pot. gom. ; vésic. à la partie ant. de la poit.)

Dès-lors jusqu'au 1er. août, jour de la mort, voici ce qui arriva : l'oppression fut considérable, la res-

ration fréquente, en sorte qu'elle se répétait cinquante fois par minute le 23 juillet, la toux modérée : les crachats étaient légèrement brunâtres et sans viscosité le 19, visqueux, rouges ou verdâtres, et striés de jaune le 23; ils furent plus ou moins exactement les mêmes dans la suite. Le bruit respiratoire n'offrit rien de remarquable à droite ; à gauche il était faible le 17, confus les 18 et 19 antérieurement ; le dernier jour il y avait du même côté de la poitrine un peu de râle sec et sonore ; le 23, on y entendait du gargouillement ; le 30, la respiration était trachéale sous la clavicule.

Le pouls fut momentanément irrégulier le 16 ; le 26, il offrait un peu de plénitude, et battait cent treize fois par minute : il conserva le même degré de fréquence par la suite. La chaleur fut toujours plus ou moins élevée. Constamment pâle et humide, la langue fut jaunâtre au centre dans les premiers jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, puis nette, et d'une couleur presque naturelle ; l'anorexie fut complète, la soif assez vive, le flanc gauche plus ou moins douloureux; les selles rares, si ce n'est dans les dix derniers jours, qu'il y eut un peu de diarrhée. L'abdomen fut un peu météorisé à la même époque.

La malade paraissait éprouver beaucoup de malaise, ne parlait que pour répondre aux questions qui lui étaient adressées. Le 23, elle disait ne souffrir nulle part; du 22 au 25, elle éprouva de l'engourdissement dans le bras droit : le 26, elle accusait une vive douleur dans l'épaule de ce côté par le moindre mouvement communiqué ; elle remuait dif-

ficilement, et non sans douleur, tout le membre abdominal correspondant. Le 30, cette partie était infiltrée, le mouvement y était plus pénible et plus douloureux que les autres jours, la malade commençait à se croire en danger, se disait poitrinaire; le 31, sa figure était un peu plus animée qu'à l'ordinaire; elle mourut le lendemain matin à quatre heures.

Ouverture du cadavre, vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. Amaigrissement peu considérable, léger œdème des membres inférieurs sans vergetures.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne beaucoup plus prononcée *à gauche* qu'à droite. Le cerveau, les ventricules latéraux, etc., dans l'état naturel.

Poitrine. Une demi-pinte de sérosité dans la plèvre du côté droit; le poumon correspondant un peu engoué, sans tubercules. Le gauche était recouvert dans toute son étendue par une fausse membrane, au moyen de laquelle il adhérait à la plèvre costale d'une manière intime à son sommet, et beaucoup moins forte au niveau du diaphragme. Entre ces deux extrémités les deux feuillets de la fausse membrane étaient séparés, et contenaient, dans leur écartement, une pinte et demie environ d'un pus épais. Le poumon était mou, un peu plus pesant que le droit; contenait une foule de petits abcès communiquant les uns avec les autres, et dont nous ne pûmes constater d'une manière bien évidente la communication avec les bronches. Ils avaient le volume d'une aveline ou à-peu-près, étaient séparés les uns des autres par une

ume plus ou moins épaisse de tissu pulmonaire sain, et remplis d'un pus légèrement grisâtre au centre, très-épais à la circonférence. D'ailleurs, pas la moindre quantité de matière tuberculeuse et grisâtre ou demi-transparente. — Les bronches minces et d'un rose très-tendre. — Le cœur était flasque : son ventricule droit un peu plus ample que le gauche, et ses parois épaisses d'une ligne seulement. L'aorte et ses principales divisions d'une rougeur vive qui se prolongeait en diminuant d'intensité dans ses principales divisions. Les veines crurales étaient remplies de sang caillé.

Abdomen. Une demi-pinte de sérosité dans le petit bassin. — Foie médiocrement volumineux, fauve, un peu gras. — Rate doublée de volume, d'un rouge obscur, très-ramollie. — La membrane muqueuse de l'estomac rouge et ramollie dans une portion du grand cul-de-sac, parfaitement saine dans le reste de son étendue. Celle de l'intestin grêle dans l'état naturel ; celle du gros intestin très-rouge et très-ramollie. — La matrice était volumineuse, son tissu mollasse ; sa surface intérieure d'un rouge brun, en contact avec un fluide sanguinolent, comme réticulée : on pouvait en enlever l'épaisseur d'une ligne par le simple grattage, dans une partie de son étendue qui avait sans doute servi à l'implantation du placenta, et qui faisait saillie à l'intérieur. Les parois du vagin étaient fort rouges, et offraient du côté gauche une perforation d'un demi-pouce de diamètre, orifice d'un foyer purulent adossé à l'os des îles.

---

421. Au moment où la malade fut admise à l'hôpital, sa maigreur n'était pas sensible, ses chairs étaient en bon état, tout indiquait une affection récente ; les questions les plus réitérées sur sa santé pendant sa grossesse, n'avaient rien appris, sinon qu'elle se portait parfaitement bien à cette époque, qu'elle ne toussait pas, que la toux et les autres symptômes n'avaient débuté que *six jours après* l'accouchement ; en sorte qu'il faut admettre que le poumon gauche aura subi l'altération indiquée dans l'espace d'un mois.

422. Cette altération a été incomplètement décrite ; nous avons omis d'indiquer la structure des petits abcès qui se partageaient presque entièrement tout le poumon gauche ; et l'on peut se demander s'ils étaient le résultat de la fonte de la matière tuberculeuse, ou d'une lésion différente. Si la dilatation des bronches (et il nous semble qu'on ne peut choisir qu'entre cette dilatation et les cavités tuberculeuses) eût donné lieu à l'aspect indiqué, l'affection pulmonaire eût certainement été ancienne, la communication des principales divisions des bronches avec les parties plus ou moins dilatées, facile à constater, la matière des excavations peu épaisse. Mais au lieu de cela, la maladie était récente, nous n'avons pu nous assurer de la communication des bronches avec les abcès, et la matière dont ils étaient remplis était fort épaisse à leur pourtour, circonstances plus ou moins ordinaires dans l'affection tuberculeuse des poumons. Ajoutons que, bien que la communication

es bronches avec les cavités pulmonaires n'ait pas té constatée après la mort, elle semble avoir été ndiquée, à une certaine époque de la maladie, par le argouillement, et que le foie était gras, lésion qui, omme nous l'avons vu (161), existe presque uniquement chez les phthisiques.

Nous pouvons donc regarder cette observation omme un exemple de phthisie aiguë, qui aura paru ses périodes en trente jours. Il est remarquable ue sur cinq cas de cette espèce, deux sont des xemples de l'affection bornée à l'un des côtés de la oitrine.

423. Nous passons sous silence la plupart des complications offertes par la malade qui nous occupe, pour e signaler que les douleurs et l'affaiblissement du ôté droit du corps dans les derniers jours de la vie, ien qu'il n'existât d'autre lésion encéphalique qu'une nfiltration sanguinolente au-dessous de l'arachnoïde, eaucoup plus considérable à droite qu'à gauche. Y t-il eu dépendance entre la lésion, et surtout entre négalité de la lésion et le symptôme observé ?

Chapitre VII.

YMPTOMES DE LA PERFORATION DU PARENCHYME PULMONAIRE PAR SUITE DE LA FONTE D'UN TUBERCULE OUVERT DANS LA CAVITÉ DES PLÈVRES.

424. Cette espèce de perforation signalée dans ces erniers temps par M. Laennec, se présente sous deux

formes principales : tantôt l'excavation tuberculeuse, ouverte dans l'une des plèvres, communique avec les bronches, tantôt cette communication n'a pas lieu. Dans l'un et l'autre cas, le moment de la perforation est marqué par des symptômes très-graves et suffisans, quand ils sont bien prononcés, pour en établir le diagnostic, ou du moins le rendre très-probable. Cette assertion trouvera sa preuve dans les observations suivantes (1).

XXXVIIIe. Observation.

Un homme, âgé de trente-six ans, d'une petite taille et d'un caractère violent, fut admis à l'hôpital de la Charité le 16 septembre 1822. Il était sorti depuis quelques jours de la prison de Poissy, où il avait passé cinq mois par suite de condamnations judiciaires, et contracté, peu après son arrivée, un *rhume* qui avait fait de continuels progrès. L'amaigrissement avait débuté avec la toux, et depuis deux mois le malade avait des frissons quotidiens, des douleurs à l'épigastre, des selles liquides et fréquentes.

(1) Les quatre premières observations de ce chapitre font la base du Mémoire que nous avons publié dans le cinquième volume des *Archives de Médecine*, intitulé : *Observations relatives à la perforation du Parenchyme du poumon, etc., etc.* Celles que nous avons recueillies depuis ayant confirmé les conclusions prises dans notre premier travail, nous n'y avons pour ainsi dire rien changé, nous bornant à rétablir quelques détails supprimés dans les observations, et à leur donner la forme adoptée dans tout le cours de cet ouvrage.

Trois jours avant son admission à l'hôpital, il avait été pris *subitement*, à la suite de vomissemens attribués à la vapeur du charbon, d'une violente douleur au côté gauche de la poitrine, accompagnée d'étouffemens et d'une profonde anxiété; ces symptômes avaient conservé la même violence pendant vingt-quatre heures, puis s'étaient un peu affaiblis. Au troisième jour de leur apparition, le malade, dont l'habitation était distante de trois cents pas de l'hôpital, y vint à pied, mais en une heure et demie environ. Le lendemain de son arrivée, la douleur et l'anxiété continuant à un degré considérable, on appliqua vingt sangsues au côté douloureux.

Le surlendemain 19, figure pâle et fatiguée, respiration haute et fréquente, orthopnée, douleur vive, percussion très-sonore dans tout le côté gauche de la poitrine, plus sonore même que du côté opposé; dans la même partie on n'entendait pas le bruit respiratoire, soit dans l'inspiration, soit dans l'expiration, et il n'y avait pas de tintement métallique; saillie, élargissement des espaces intercostaux; toux rare, quelques crachats pelotonnés. Pouls à cent vingt pulsations par minute, battemens du cœur à peine entendus à la région précordiale. Bouche pâteuse, soif vive, anorexie presque complète, pesanteur à l'épigastre après le repas, douleur à la pression dans cette partie, comme depuis deux mois. (Saignée de ℥ x; viol. av. le sir. de g.; pot. g.; julep.)

Le 20, les symptômes étant à-peu-près les mêmes, nouvelle application de sangsues au côté gauche, qu'on trouva de trois quarts de pouce plus large que le droit; le lendemain on y mit un vésicatoire.

Le 25, le pouls était tombé à quatre-vingt-douze, la dyspnée variable, quelquefois excessive; le décubitus comme le premier jour, la saillie du côté gauche de la poitrine encore augmentée, les résultats de la percussion et de l'auscultation toujours les mêmes.

Il n'y eut que de légères variations dans les symptômes les jours suivans; et à raison de l'indocilité du malade, on ne pratiqua de nouveau l'auscultation que le 5 octobre. Alors on entendait du côté gauche de la poitrine, dans son quart supérieur, un murmure confus, et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, pendant l'exercice de la parole, le tintement métallique. Dans le même point et au-dessous, le son était mat; il était extrêmement clair antérieurement où le tintement métallique n'existait pas : la douleur avait disparu, le bras gauche était infiltré. — Le 7, on entendait le tintement métallique cinq pouces au-dessous de l'aisselle, et dans presque toute l'étendue de ce côté de la poitrine en arrière. Le 8, il était manifeste immédiatement au-dessous de l'aisselle. Le 13, il existait dans la même région et au niveau de la mamelle; au-dessous, la poitrine ne rendait aucun son. Le 20, elle était très-sonore entre la clavicule et la mamelle, il n'y avait de tintement métallique dans aucun point.

La toux fut peu fréquente, les crachats peu abondans; le 21, ils étaient sanieux, semblables à la matière qu'on trouve fréquemment dans les cavités tuberculeuses. Le malade fut presque constamment assis dans son lit.

Il y eut de fréquentes alternatives d'anorexie et

appétit; l'épigastre fut toujours douloureux à la pression; les alimens les plus légers, la soupe, etc., déterminaient un sentiment de pesanteur incommode : les selles furent plus ou moins fréquentes, les sueurs peu considérables; la faiblesse fit tous les jours des progrès.

L'œdème du bras gauche persista jusqu'à la mort. Le 8, un érysipèle s'y manifesta au pli du coude, et parcourut ses périodes comme dans l'état de simplicité; le 18, on observa un peu de rougeur et de gonflement aux cuisses; le lendemain, ces symptômes étaient plus prononcés. Le 21, altération profonde des traits, mort à trois heures de l'après midi, au trente-troisième jour du début des symptômes de la perforation.

(Ouverture du cadavre, dix-sept heures après la mort.

État extérieur. Infiltration considérable des membres abdominaux, surtout du côté gauche, où les glandes inguinales étaient plus rouges et plus volumineuses qu'à droite. Au bras gauche, dans le point correspondant au siége de l'érysipèle, la peau était encore un peu rouge, épaisse d'une ligne environ, immédiatement au-dessous on trouvait une couche de pus ferme et concret, de plus d'un demi-pouce d'épaisseur, comme déposé au milieu de la sérosité infiltrée.

Tête. Infiltration médiocre au-dessous de l'arachnoïde : trois petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau.

Cou. Ulcération superficielle d'un pouce de haut, sur un demi-pouce de large, sur la portion charnue et inférieure de la trachée-artère.

Poitrine. Du côté gauche, il y avait environ quatre pintes d'un pus verdâtre, sans odeur, surmonté d'une petite quantité d'air : le poumon offrait quelques adhérences celluleuses à son sommet, était recouvert dans le reste de son étendue par une fausse membrane qui tapissait aussi les plèvres diaphragmatique et costale. Aplati contre les vertèbres, il avait deux pouces et demi de large dans sa portion la plus épaisse, et offrait en arrière, vis-à-vis l'angle de la troisième côte, une ouverture arrondie de quatre lignes de diamètre, orifice d'un canal de même largeur, d'un pouce et demi de long, dans lequel se rendait une des principales divisions des bronches. Ce canal était tapissé par une membrane mince appliquée sur des granulations tuberculeuses ou sur le parenchyme pulmonaire sain, et avait évidemment succédé à une cavité plus ample, successivement rétrécie par suite de la compression exercée par l'air et le pus. On voyait encore quelques petites excavations incomplètement vidées au sommet de ce poumon, et dans le reste de son étendue beaucoup de granulations grises demi-transparentes. Le droit offrait, à sa partie supérieure, une dépression correspondante à un amas de matière semi-cartilagineuse enveloppée d'une substance noire et aride, et quelques tubercules suppurés. La membrane muqueuse des bronches était d'un rouge vif. — Il y avait quelques onces de sérosité dans le péricarde : le cœur et l'aorte étaient sains.

Abdomen. Estomac médiocrement distendu par
n liquide vineux ; sa membrane muqueuse, très-molle
ns le grand cul-de-sac où elle présentait quelques
ches rouges, avait ailleurs une consistance et une
aisseur convenables, était détruite dans une sur-
ce de deux pouces à la partie inférieure du grand
l-de-sac, et le tissu cellulaire correspondant man-
uait dans quelques points. — Il y avait trois larges
cérations annulaires dans le dernier quart de l'in-
stin grêle, et entre elles beaucoup d'autres fort
etites, et des granulations tuberculeuses parmi les-
uelles plusieurs étaient ulcérées à leur sommet. —
a membrane muqueuse du gros intestin était ra-
ollie dans toute son étendue, et offrait quelques
cérations dans le colon ascendant. — Le foie et le
ancréas dans l'état naturel ; la rate volumineuse et
cile à réduire en putrilage.

XXXIXe. Observation.

425. Une couturière, âgée de quarante-cinq ans,
une constitution assez forte, bien qu'ayant toujours
 des digestions difficiles, était malade depuis quinze
urs quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité,
4 juin 1824. L'affection avait débuté par la toux,
s crachats, et une hémoptysie assez abondante
ui avait duré huit jours, et s'était renouvelée assez
équemment, surtout dans les quatre derniers mois.

Dès-lors la dyspnée était devenue considérable, la malade avait eu de fréquentes douleurs dans les côtés de la poitrine, des frissons et des sueurs presque continuels, avait maigri, perdu l'appétit, et vomi tout ce qu'elle prenait. Depuis trois mois, des douleurs à l'épigastre, de fréquentes coliques, des selles souvent muqueuses et sanguinolentes s'étaient jointes aux autres symptômes. La malade n'avait point gardé le lit, ni cessé de travailler.

Le 9 juin, maigreur médiocre, teint un peu jaunâtre, céphalalgie, douleurs dans les membres; crachats mousseux, blancs ou verdâtres, et incomplètement opaques. Sous la clavicule gauche, où existaient depuis trois mois des douleurs presque continuelles, la poitrine ne rendait aucun son, la respiration était trachéale, la pectoriloquie parfaite dans la hauteur de trois pouces; on entendait un peu de gargouillement au-dessous. Du côté droit, la respiration semblait se faire comme dans l'état naturel. L'appétit était faible, la langue humide et d'une bonne couleur, les boissons froides insupportables; l'épigastre était très-sensible à la pression, et offrait une rénitence qui se continuait le long des fausses côtes droites. (Polyg. sir. de g.; julep.; 3 cr. de riz.)

Il y eut les jours suivans un dévoiement assez considérable, et du 18 au 20, des nausées continuelles avec anorexie complète. On prescrivit une potion gommeuse avec le sirop diacode, et au troisième jour de son usage les symptômes se modérèrent, l'appétit revint, et bientôt les alimens furent successivement portés au quart de portion sans produire d'autre incommodité qu'un peu de pesanteur à l'épi-

ıstre : la percussion et l'auscultation donnaient à-peu-
rès le même résultat que le premier jour.

Le 20 juillet, à onze heures du matin, au milieu
un calme assez profond, *douleur près de l'angle in-
rieur de l'omoplate* du côté droit, modérée d'a-
ord, puis et *tout-à-coup* très-violente, avec étouffe-
ent, anxiété, toux continuelle, obligation de se
nir à son séant. Ces symptômes persistèrent au
ême degré pendant la nuit, et souvent la douleur
ait semblé se répandre en quelque sorte du dos
ns toute la poitrine jusque vers l'ombilic, pour
venir ensuite à son point de départ.

Le lendemain matin, à l'heure de la visite, respi-
tion extrêmement gênée, haute, répétée cinquante-
eux fois par minute; la malade se plaignait d'étouf-
r, de ne pouvoir trouver une bonne position; sa
ure était altérée sans offrir l'empreinte d'une pro-
nde souffrance, la douleur du dos vive, et le moin-
re choc sur le côté droit de la poitrine insupporta-
e. La percussion en tirait un son clair, beaucoup
us même qu'à gauche dans le point le plus sonore :
ı n'y entendait pas le bruit respiratoire, si ce n'est
ı arrière, et dans sa partie supérieure; il n'y avait
int de tintement métallique. Le pouls était régu-
er, extrêmement petit et faible, battait cent vingt-
uit fois par minute. Palpitations continuelles.

Les mêmes accidens persistèrent; l'anxiété devint
us considérable encore, les résultats de l'ausculta-
on n'offrirent aucun changement, et après les plus
uelles angoisses, quelquefois interrompues par un
soupissement de peu de durée, la malade mourut

le 23 à midi, trois jours après le début de la douleur du dos.

Ouverture du cadavre, vingt-huit heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable; deuxième degré de marasme.

Tête. Quelques granulations arachnoïdiennes sur les bords de la scissure médiane. Infiltration sous-arachnoïdienne assez épaisse; substance corticale du cerveau un peu rosée.

Cou. Le larynx et la trachée-artère étaient dans l'état naturel.

Poitrine. Une incision faite au côté droit de la poitrine donna issue à un gaz sans odeur qui s'échappa en sifflant. La partie de la plèvre qui tapisse la région dorsale était recouverte par une fausse membrane molle, que baignaient quatre onces de sérosité trouble. Le poumon occupait un peu moins du tiers de la cavité de la plèvre, et adhérait aux parties environnantes dans la hauteur de trois pouces, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse d'une demi-ligne d'épaisseur. Immédiatement au-dessous de cette adhérence et en arrière, on voyait une ouverture arrondie, de trois lignes de diamètre, orifice d'une petite excavation tapissée par une fausse membrane très-mince, appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain. Cette petite cavité ne communiquait ni avec les bronches, ni avec une excavation très-considérable placée au-dessus, laquelle était tapissée par

une double fausse membrane, l'une molle, intérieure, l'autre semi-cartilagineuse ; les trois quarts inférieurs de ce poumon ne contenaient que quelques granulations grises demi-transparentes. Le gauche adhérait à la plèvre costale dans sa moitié supérieure, offrait à son sommet une large excavation communiquant avec d'autres beaucoup plus petites et avec les bronches, et dans ses deux tiers supérieurs une foule de granulations grises, au milieu d'une matière un peu jaunâtre, humide, demi-transparente, ferme, homogène, et entièrement dépourvue d'air. Le reste de l'organe rouge et hépatisé. — Les bronches d'un rose vif. — Deux onces de sérosité dans le péricarde; cœur sain.

Abdomen. Le foie était volumineux, inégal, profondément sillonné à droite du ligament suspenseur, un peu rouge, à sa grosse extrémité surtout, recouvrait l'estomac, et descendait jusque près de l'ombilic. — L'estomac était rétréci; sa surface intérieure, presque entièrement couverte de glaires, offrait près du cardia une plaque blanche de quatre pouces de surface, sur laquelle la membrane muqueuse était extrêmement mince, pâle et molle comme du mucus; tandis qu'au pourtour elle était mamelonnée, rose et épaissie à droite, très-amincie et très-rouge à gauche. Près du pylore se trouvaient plusieurs bandes rouges, d'un pouce de long sur trois lignes de large, au niveau desquelles la membrane muqueuse était mince et déprimée. — Dans l'intestin grêle cette membrane était un peu rouge et injectée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. — Dans le colon elle était rouge, ramollie, et offrait de petites ulcérations.

XLe. Observation.

426. Une femme, âgée de trente-deux ans, grande et forte, fut admise à l'hôpital de la Charité le 11 septembre 1823. Elle toussait et crachait sans interruption depuis onze mois, avait eu plusieurs hémoptysies, de fréquentes douleurs entre les épaules, des frissons suivis de chaleur et de sueur, et dès le commencement de la toux des douleurs à l'épigastre. Sa respiration était gênée depuis long-temps.

Le lendemain de son admission à l'hôpital, figure animée, céphalalgie, parole un peu brève, parfois aphonie. Attitude convenable; respiration naturelle, si ce n'est à droite, en arrière et supérieurement où elle était un peu trachéale, dyspnée médiocre, crachats verdâtres; il n'y avait pas de pectoriloquie. Pouls légèrement accéléré, chaleur un peu élevée; langue nette et humide, appétit déprimé, douleur à l'épigastre par la pression, selles difficiles. (Infus. de lich.; tis. pector.; pot. gom. av. sir. diac.; lav. émoll.; demi-quart de port.)

Depuis lors jusqu'au 20 décembre, jour de la mort, voici ce qui arriva :

Dès les premiers jours d'octobre, la malade accusait un sentiment de chaleur très-prononcé entre les épaules; la voix retentissait, la respiration était trachéale dans le même point, et sous les deux cla-

icules, à droite principalement; la poitrine résonnait bien dans toute son étendue, les crachats étaient puriformes. Le 4 décembre, pectoriloquie douteuse entre les épaules et sous la clavicule gauche, gargouillement dans ce dernier point, dans la hauteur de six pouces. Dans la nuit du 19 au 20, douleurs assez vives dans le dos. A l'heure de la visite, elles avaient beaucoup diminué, l'oppression n'était pas sensiblement plus considérable que de coutume. La nuit suivante, *douleur violente et subite* le long de la colonne vertébrale, accompagnée d'étouffement et d'anxiété. Le lendemain matin, la malade était à son séant, ne parlait que de sa dyspnée et de sa douleur, insistait sur son apparition *subite;* ses traits étaient altérés, sa poitrine plus sonore à gauche en arrière et latéralement que du côté droit. Dans les mêmes points on n'entendait, au lieu du bruit respiratoire, qu'une espèce de râle muqueux qui semblait traverser un espace vide avant de parvenir à l'oreille; il n'y avait pas de tintement métallique, et en faisant coucher, puis remettre rapidement la malade à son séant, on n'entendait aucun bruit particulier. La respiration était extrêmement fréquente, l'agitation continuelle. La malade mourut le soir du même jour à dix heures, après d'inexprimables anxiétés.

La chaleur fut constamment plus ou moins forte, les sueurs considérables pendant la nuit. Elles furent combattues sans succès pendant près de deux mois par une infusion aqueuse de quinquina, à la dose de deux tasses dans la journée.

Au commencement d'octobre, l'appétit était peu considérable, la bouche amère, la langue blanchâtre;

parfois il y eut des vomissemens au milieu des quintes de toux. Les mêmes vomissemens existaient, l'appétit était encore plus déprimé, la langue dans l'état naturel le 4 décembre ; le 10, la soif était augmentée, les boissons les plus légères causaient beaucoup de pesanteur à l'épigastre ; il y avait depuis plusieurs jours un dévoiement assez considérable.

L'amaigrissement fut assez rapide, et dès le 4 décembre le bras gauche était œdémateux.

Ouverture du cadavre, trente-quatre heures après la mort.

État extérieur. Œdème assez considérable du bras gauche : rien autre chose de remarquable.

Tête. Trois petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau. Le reste sain.

Cou. La trachée-artère et le larynx dans l'état naturel.

Poitrine. Le côté gauche ne laissa échapper qu'une très-petite quantité de gaz, et contenait environ trois pintes de sérosité sanguinolente, sans flocons albumineux. Une fausse membrane d'un rouge cramoisi, molle, épaisse d'un demi-millimètre, recouvrait le poumon et les parois thorachiques correspondantes dans toute leur étendue. Ce poumon adhérait d'une manière intime à son sommet, dans une hauteur de deux pouces et demi, aux parties voisines ; et presque immédiatement au-dessous de cette adhérence, en arrière, on voyait une ouverture arrondie, de la largeur d'un pois, communiquant avec une vaste excavation qui contenait une fort petite

quantité de matière liquide et grisâtre, dont on retrouvait l'analogue sur le diaphragme. Cette cavité communiquait avec les bronches. Les cinq sixièmes supérieurs du poumon étaient transformés en une matière ferme, grisâtre, demi-transparente, semée d'un grand nombre de tubercules et de petites excavations; celles-ci communiquaient entre elles, et n'étaient séparées dans quelques points de la cavité thorachique que par une épaisseur de moins d'un millimètre; le sixième inférieur était crépitant. Les bronches d'un rose tendre. Il y avait quelques excavations au sommet du poumon droit, et des tubercules non ramollis à sa base. — Cœur sain, moindre d'un tiers que dans l'état naturel : aorte d'un rouge vif dans toute son étendue.

Abdomen. Estomac plus volumineux que de coutume : sa membrane muqueuse était nuancée d'un rose pâle dans quelques points, mamelonnée à sa face antérieure et dans une partie du grand cul-de-sac; offrait dans ces mêmes régions des ulcérations de deux à six lignes de surface, avait ailleurs une épaisseur et une consistance convenables. — On trouva beaucoup de mucosités dans l'intestin grêle, dont la membrane muqueuse était pâle, ferme, et présentait dans son dernier cinquième quelques plaques elliptiques ulcérées. — Celle du gros intestin était pâle; ses ulcérations diminuaient de nombre en approchant du rectum, où il y en avait une. — Le foie était mollasse, facile à déchirer, la bile de la vésicule peu épaisse et médiocrement colorée; la rate un peu ramollie; la substance corticale des reins beaucoup plus rouge et plus hu-

mide que de coutume. Le pancréas plus dur que dans l'état naturel; l'utérus sain.

XLIe. Observation.

Une femme de 26 ans, d'une constitution peu forte, d'une sensibilité très-vive, fut admise à l'hôpital de la Charité le 15 novembre 1823 : elle maigrissait depuis plus de deux ans, et attribuait son dépérissement à des chagrins profonds. Peu sujette au rhume, elle toussait et crachait sans interruption depuis cinq mois, avait eu, dans les quinze premiers jours de l'affection de poitrine, de la fièvre, des douleurs de tête, beaucoup d'oppression, et parfois ses crachats avaient été sanguinolens; ensuite les accidens étaient devenus bien moins considérables. Depuis six semaines la malade avait presque complètement perdu l'appétit, était tourmentée par de fréquentes coliques, avait des frissons suivis de chaleur et de sueur pendant la nuit.

Le 16 novembre, figure médiocrement animée, faiblesse assez considérable, deuxième degré de marasme ; voix faible, voilée comme depuis deux mois, toux fréquente, crachats verdâtres, imparfaitement pelotonnés; respiration plus faible dans la moitié supérieure du côté gauche de la poitrine qu'à droite dans la partie correspondante; ailleurs la respiration

tait naturelle, et nulle part il n'y avait de retentis-
ement de la voix ou de pectoriloquie; la chaleur
tait peu considérable, le pouls battait cent fois par
inute, et la veille, comme les jours précédens,
y avait eu à onze heures des frissons suivis de cha-
eur. La langue était un peu rouge au pourtour, vil-
euse et jaunâtre au centre, l'appétit déprimé, l'é-
igastre souple, le flanc droit tendu, sans tumeur
ensible; les selles régulières. (Tis. pect.; lich.,
uart. de portion.)

Les accès de fièvre incommodant beaucoup la ma-
ade, on essaya de les supprimer au moyen du sulfate
e kinine; mais à raison du mal-aise, des vertiges, des
ourdonnemens d'oreille, des douleurs à l'épigas-
re, etc., qui en suivirent l'emploi, on le supprima
e 27. Le frisson avait disparu, la chaleur continuait
être plus ou moins forte à l'heure accoutumée.

Le 4 décembre, respiration trachéale sous la clavi-
ule gauche, constipation, anorexie presque com-
lète, retour des frissons. Les jours suivans, la toux
rovoquait des nausées, et à la constipation succéda
ne diarrhée abondante.

Dans la nuit du 1er. au 2 janvier, la malade éprouva
out-à-coup, du côté gauche de la poitrine, une sen-
ation pareille à celle qui eût été produite par un
gaz qui aurait circulé de bas en haut dans toute
cette partie du thorax; en même temps la respira-
tion devint extrêmement gênée, il y eut des défail-
lances incomplètes, et presque aussitôt une *douleur*
très-vive derrière la mamelle gauche. Le matin,
cette douleur persistait, était profonde, la respi-

ration beaucoup plus accélérée que de coutume, le décubitus obligé à droite, le mal-aise considérable ; la sensation, qui avait semblé produite par un gaz qui aurait circulé dans le côté gauche de la poitrine, n'existait plus. Du côté gauche, la poitrine rendait un son clair comme celui d'un tambour ; on n'y entendait ni bruit respiratoire, ni tintement métallique ; la voix était éteinte, la figure pâle, les lèvres décolorées, la malade menacée de syncope, dès quelle essayait de se mettre à son séant : le pouls, petit et faible, battait cent seize fois par minute.

La respiration ayant été observée avec soin jusqu'au 16 janvier, nous fîmes les remarques suivantes. — Le 4, on entendait, près de l'aisselle gauche, un bruit respiratoire très-faible, et sous la clavicule du même côté, un peu de râle muqueux. Le 5, on distinguait, deux pouces au-dessous du même os, et pendant l'exercice de la parole, le tintement métallique. Le 7, et les jours suivans, ce tintement existait dans une étendue plus considérable, soit dans l'inspiration, soit dans l'exercice de la parole : la douleur s'exaspéra, devint très-vive dans la soirée du 10, et nécessita l'application de quelques sangsues. Le lendemain, l'oppression était plus considérable que de coutume, la respiration très-accélérée, la douleur moins forte, le tintement métallique entendu comme les autres jours dans les trois quarts inférieurs de la poitrine ; celle-ci très-sonore, et le bruit respiratoire nul dans les points les plus retentissans. Même état jusqu'au 16. Le 17, la dyspnée augmenta beaucoup, le côté gauche rendait toujours un son fort clair. La ma-

le mourut le 18 sans agonie, quelques minutes
près avoir dit à M. Chomel qu'elle avait besoin de
ommeiller.

Du moment où le pneumo-thorax fut constaté, le
écubitus eut constamment lieu à droite, l'aphonie
e disparut que par intervalles, la toux fut générale-
ent peu fréquente, les crachats verdâtres, pelo-
nnés; le pouls petit, faible et fréquent. La malade
onserva une certaine vivacité d'esprit, et n'était pas
ans espoir. —L'appétit fut presque nul; il y eut des
ternatives de constipation et de diarrhée, et quel-
ues vomissemens de mucus, dans les premiers jours
ui suivirent la perforation.

Ouverture du cadavre, vingt-trois heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable. Commence-
ment du troisième degré de marasme.

(Le cerveau et le larynx ne purent être examinés.)

Poitrine. Le côté gauche résonnait à sa partie an-
érieure seulement, contenait un gaz qu'on reconnut
tre de l'acide carbonique, et dont le volume équi-
alait à cent et quelques pouces cubes: le reste,
'est-à-dire, les trois quarts de ce côté environ, était
resque entièrement occupé par un liquide trouble
t verdâtre. Le poumon droit avait à peine la gros-
eur de deux poings, adhérait à son sommet, dans
a hauteur de deux pouces, à la plèvre costale, et im-
médiatement au-dessous de cette adhérence, en ar-
ière, on trouvait une ouverture arrondie de deux
ignes et demie de diamètre, à bords minces, com-

muniquant avec une cavité dont la surface égalait celle d'une pomme de moyenne grosseur ; elle était anfractueuse , tapissée par une sorte de détritus tuberculeux appliqué sur une fausse membrane mince, et communiquait avec les bronches par plusieurs points. Au-dessous de la perforation se trouvaient plusieurs taches jaunâtres, correspondantes à des tubercules ramollis et sur le point de se vider dans la plèvre. Le reste du poumon était mou, privé d'air, et contenait d'autant moins de tubercules qu'on s'approchait davantage de sa base. La plèvre était recouverte dans toute son étendue par une fausse membrane mince, assez ferme dans sa partie supérieure , et l'on trouvait sur le diaphragme une matière verdâtre, à-peu-près de la consistance des gelées, qui aurait rempli un verre ordinaire. Le poumon droit offrait quelques adhérences, une petite excavation et des tubercules à son sommet. — Le cœur était petit, l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. L'estomac contenait une médiocre quantité de mucus visqueux et jaunâtre : sa membrane muqueuse était légèrement fauve , mamelonnée dans presque toute son étendue , d'une bonne consistance, incomplètement détruite dans une surface de deux lignes le long de la petite courbure. — Celle de l'intestin grêle offrait dans sa seconde moitié un grand nombre de petites ulcérations, était d'un rouge vif et un peu ramollie près du cœcum, dans la longueur de deux pieds. — La membrane muqueuse du gros intestin était molle comme du mucus dans toute son étendue , rouge et ulcérée dans le colon ascendant, nuancée de rose tendre ailleurs. — Le

oie dépassait les côtes de trois doigts, était un peu
olumineux, d'une couleur fauve, piqué de rouge;
l'une consistance médiocre, un peu gras. La bile
le la vésicule peu colorée et peu épaisse. Le reste
les viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

XLIIe. Observation.

428. Un commis, âgé de vingt-six ans, d'une petite
taille, très-bien conformé, ayant les cheveux châ-
tains et les saillies musculaires très-prononcées, fut
admis à l'hôpital de la Charité le 8 novembre 1824.
Employé au service militaire de douze à vingt-quatre
ans, il y avait été bien portant, et accusait huit mois
de maladie: il toussait et crachait depuis cette époque,
et attribuait son rhume à la mauvaise disposition du
bureau où il travaillait. La toux avait considérablement
augmenté, revenait par quintes, et les crachats s'étaient
épaissis pendant les cinq derniers mois; au quatrième,
il avait éprouvé pendant quinze jours des douleurs de
dos assez vives, et dans les deux dernières semaines
il en était survenu dans le côté gauche. Il n'y avait
point eu de fièvre au début; mais depuis trois mois,
la chaleur était forte le soir, les sueurs quotidiennes
et abondantes pendant la nuit. L'appétit n'avait pas
diminué, était même plus considérable depuis deux
mois qu'avant la maladie; les selles étaient restées
régulières. L'amaigrissement avait commencé trois

mois après le début, et dès-lors, le malade avait cessé ses occupations.

Le 9 novembre, diminution assez considérable des forces, maigreur peu prononcée ; douleur légère, par intervalles seulement, au côté gauche de la poitrine, oppression médiocre, toux fréquente et par quintes pendant la nuit; crachats peu abondans, verdâtres, opaques, imparfaitement pelotonnés ; respiration confuse, râle muqueux, sonoréité de la poitrine moindre sous la clavicule droite que dans l'état naturel, retentissement de la voix en arrière dans le point correspondant ; bruit respiratoire faible à gauche et en arrière. Pouls peu accéléré, chaleur, sueur copieuse pendant la dernière nuit. Appétit, langue nette, ventre indolent, selles rares, calme. (Lich. ; pot. g. ; op. 1 grain, le soir; quart de portion.)

Le 20, il semblait qu'à chaque parole une petite bouffée d'air s'introduisît dans le stétoscope, au-dessous de la clavicule droite immédiatement.

Dans la matinée du 28, les crachats étaient un peu tachés de sang, et le soir il y eut une hémoptysie dont le produit fut évalué à douze onces. Elle continua plus ou moins forte ou légère jusqu'au 8 décembre, diminua du moment où l'on prescrivit une potion gommeuse avec un gros de rathania, et disparut complètement au troisième jour de son administration ; jusqu'alors on avait pratiqué, sans le moindre succès, trois saignées de dix à douze onces, et donné des boissons émulsionnées. Pendant les quatre premiers jours de l'hémoptysie, il y eut du côté gauche de la poitrine un râle crépitant, général en arrière, et borné antérieurement à sa moitié inférieure.

Le 9, la respiration était presque parfaitement naturelle du côté gauche, les crachats blancs, verdâtres, pelotonnés; la soif médiocre, le pouls calme; l'appétit qui avait un peu diminué, se prononçait, il n'y avait pas eu de dévoiement : l'oppression avait augmenté, la toux continuait d'être forte pendant la nuit.

L'état général du malade fut à-peu-près le même jusqu'au 30; la toux excitait ordinairement des douleurs dans le côté gauche. Le 5, la pectoriloquie était manifeste sous la clavicule droite, et il y avait un peu de crépitation dans la moitié inférieure du même côté; à gauche, elle était presque universelle; le 28, on ne l'entendait pas d'ailleurs. Le 31, dans la matinée, le malade se plaignit de souffrir beaucoup du côté gauche pendant la toux; le soir, la douleur devint *tout-à-coup* extrêmement vive et l'étouffement considérable; le lendemain, la dyspnée était extrême, l'anxiété très-grande. Le 2 janvier, à sept heures du matin, le malade avait encore toute sa connaissance, se rappelait parfaitement bien ce qui s'était passé depuis le début de la violente douleur du côté gauche, mais déjà il ne voyait plus qu'à travers un nuage; sa figure était couverte de sueur, la dyspnée extrême, la respiration très-fréquente, la percussion de la poitrine beaucoup plus sonore antérieurement à gauche qu'à droite: on n'entendait, dans le même point, ni bruit respiratoire, ni tintement métallique; le malade étouffait, et deux heures après il expira. Le même jour, les crachats étaient grisâtres, d'un aspect désagréable, formaient une masse pareille à une colle un peu visqueuse. Il y eut quelques douleurs au larynx.

A dater du 15 décembre, la chaleur fut considérable dans la soirée, les sueurs plus ou moins copieuses la nuit, et comme auparavant, il n'y eut pas de frissons.

La soif fut modérée, l'appétit baissa par degrés, puis se supprima. Il n'y eut de diarrhée que dans les cinq derniers jours.

Ouverture du cadavre, vingt-trois heures après la mort.

État extérieur. Formes bien conservées, muscles épais, fermes et d'une belle couleur; premier degré de marasme.

Tête. Une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; une cuillerée du même liquide à la base du crâne; le reste sain.

Cou. L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère était rouge, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, offrait immédiatement au-dessus de sa bifurcation, sur sa partie membraneuse, deux petites ulcérations irrégulières, d'un tiers à un cinquième de pouce en surface; le tissu sous-muqueux était épaissi à leur niveau.

Poitrine. Un gaz, sans odeur, sortit en sifflant du côté gauche de la poitrine, par une petite incision que nous y pratiquâmes. Le poumon correspondant était séparé des parois thorachiques par un espace de deux à trois pouces, qui allait en augmentant du sommet à la base; il était maintenu dans cette position par quatre brides blanchâtres, minces et fermes, qui unissaient les plèvres pulmonaire et cos-

ale. Sa base et la partie correspondante du diaphragme étaient tapissées par une fausse membrane peu consistante, réticulée en quelque sorte, épaisse, et baignée par un liquide rougeâtre, assez clair, évalué à douze onces. Son lobe supérieur était comme enveloppé par une autre fausse membrane, d'une demi-ligne d'épaisseur, semi-cartilagineuse ; et à son extrémité inférieure, on trouvait une tache jaune, arrondie, d'une ligne de diamètre, correspondant à un tubercule ramolli, incomplètement vidé, ouvert dans la cavité de la plèvre. L'ouverture était en partie bouchée par une petite quantité de matière tuberculeuse, et l'excavation tapissée par une fausse membrane molle, blanchâtre, peu épaisse : elle ne communiquait pas avec les bronches. On trouvait encore à la partie moyenne du même lobe trois excavations pareilles à celles que nous venons de décrire, au milieu d'un tissu sain, et à son sommet, deux autres cavités un peu plus petites, du volume d'une aveline, entourées d'un tissu grisâtre fort dur, où aboutissaient les bronches, rouges et épaissies. Le lobe inférieur était un peu engoué, contenait quelques granulations demi-transparentes. — Le poumon droit adhérait par un tissu cellulaire serré à la plèvre costale, dans toute son étendue, était dur à son sommet dans la hauteur de trois pouces, et offrait, dans cette partie, quatre excavations du volume d'une cerise, remplies d'un pus verdâtre, entourées d'un tissu grisâtre et ferme : celui-ci était entrecoupé par beaucoup de cloisons blanches, semi-cartilagineuses ou celluleuses, dirigées dans tous les sens, et donnait, au moyen d'une forte pression, une très-petite quantité de liquide grisâtre. Plusieurs ra-

meaux bronchiques, dont les parois étaient épaisses et la membrane muqueuse d'un rouge vif, s'ouvraient dans ces cavités. Le lobe inférieur était un peu engoué, contenait deux ou trois tubercules et quelques noyaux de tissu pulmonaire hépatisé, de la grosseur d'une noix. — Les glandes bronchiques volumineuses et grises, sans une parcelle de matière tuberculeuse. — Le cœur et l'aorte sains.

Abdomen. Estomac doublé de volume, descendu un peu au-dessous de l'ombilic, contenant une assez grande quantité de mucus visqueux; sa membrane muqueuse un peu violacée sur la face postérieure, et moins ferme que de coutume au niveau de l'antérieure où elle avait sa blancheur ordinaire. — Les plaques elliptiques de l'intestin grêle étaient plus ou moins ulcérées dans son dernier sixième, offraient plusieurs granulations tuberculeuses, dont la fonte paraissait avoir donné lieu aux ulcérations; ailleurs, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Il y avait dans le colon ascendant six ulcérations grisâtres, peu étendues; le tissu cellulaire était un peu épaissi à leur niveau, dans quelques points il était détruit : entre ces ulcérations s'en trouvaient d'autres fort petites. Dans toute la longueur du gros intestin, la membrane muqueuse était un peu épaissie et ramollie. — Les glandes mésentériques étaient rougeâtres et volumineuses, sans tubercules. — La rate pâle et presque doublée de volume; les autres viscères sains.

XLIIIe. Observation.

429. Un ébéniste, âgé de quarante-deux ans, d'une petite taille, d'une constitution peu forte, mais habituellement bien portant et très-rarement enrhumé, disait n'avoir éprouvé aucune affection de poitrine avant celle qui l'amenait à l'hôpital. Il était malade depuis cinq mois et avait cessé de travailler depuis deux, sans néanmoins garder le lit. Sa maladie avait débuté sans cause connue, par une toux médiocrement forte, accompagnée de crachats clairs : il s'y était joint, au commencement du quatrième mois, de l'oppression et des douleurs assez vives au côté droit, pour nécessiter l'application d'un certain nombre de sangsues et d'un vésicatoire sur le point douloureux : les crachats étaient devenus très-épais dans les trois dernières semaines, et depuis dix jours la toux avait beaucoup augmenté, la soif était devenue vive, la chaleur brûlante pendant la nuit; il s'était établi des sueurs très-copieuses. L'appétit avait diminué dès le début, l'anorexie était complète depuis vingt jours, l'amaigrissement marqué depuis deux mois : d'ailleurs, jamais de frissons, d'hémoptysie ou de diarrhée.

Le 4 janvier 1825, le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital ; figure pâle, maigreur considérable, diminution des forces ; toux peu fréquente, oppression médiocre, décubitus varié, crachats verdâtres, opaques, et sans stries. Poitrine

moins sonore à droite qu'à gauche, surtout dans sa moitié inférieure, en arrière et latéralement où il y avait absence presque complète de son : bruit respiratoire faible, mêlé de râle muqueux dans presque tout ce côté ; respiration trachéale, pectoriloquie autour du sommet du poumon droit, moins évidentes à gauche, entre l'épaule et la colonne vertébrale. Aphonie presque complète depuis deux mois, sans douleur ni sécheresse, ni ardeur au larynx ou à la trachée-artère. Pouls petit, faible, accéléré. Langue humide, blanchâtre au centre, bouche pâteuse et amère, anorexie sans soif, épigastre sensible à la pression ; parfois des nausées au milieu de la toux ; trois selles d'une bonne consistance la veille, et sans coliques. Calme ; nulle espèce de douleur.

Il n'y eut pas de changement sensible dans les symptômes les jours suivans ; le larynx et la trachée-artère furent toujours indolens et insensibles à la pression extérieure. Le 10, le malade se plaignait de souffrir un peu du côté droit de la poitrine ; dans la nuit du 13 au 14, il fut pris, *subitement*, d'une douleur très-vive au côté gauche, accompagnée de beaucoup de mal-aise et d'oppression. Le lendemain matin, figure pâle, traits affaissés, douleur un peu moins vive, oppression considérable, décubitus peu élevé, percussion très-sonore du côté gauche, dans toute son étendue. Nous remîmes l'auscultation après la visite ; mais des sangsues ayant été immédiatement appliquées sur le point douloureux, nous ne pûmes achever notre examen. Le malade mourut le même jour, à quatre heures du soir, ayant conservé jusqu'à la fin le libre exercice de ses facultés intellectuelles.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort.

État extérieur. Commencement du dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. Une petite cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau ; le reste parfaitement sain.

Cou. Épiglotte dans l'état naturel. Plusieurs ulcérations superficielles sur les cordes vocales du larynx, et un peu au-dessous, dans la hauteur de trois lignes. Trachée-artère d'un rouge vif dans toute son étendue ; sa membrane muqueuse, détruite dans toute la hauteur de sa portion charnue, offrait ailleurs beaucoup d'ulcérations arrondies et superficielles, d'une à deux lignes de diamètre ; il y en avait aussi dans les bronches, dont elles occupaient la portion molle. Le tissu sous-muqueux correspondant à la grande ulcération de la trachée-artère était généralement épaissi : dans quelques points il était détruit, ce qui donnait à cette partie un aspect très-inégal. — Glandes bronchiques volumineuses et grisâtres ; quelques-unes d'entre elles parsemées de points tuberculeux : celles du cou parfaitement saines.

Poitrine. Le côté gauche était très-sonore à sa partie antérieure, en partie vide, et en partie occupé par le poumon qui adhérait, à son sommet, dans la hauteur de trois pouces, et par une pinte de sérosité roussâtre, qui contenait beaucoup de flocons albumineux jaunâtres. Une fausse membrane très-molle recouvrait le lobe inférieur, au sommet duquel il y avait un trou de deux lignes de largeur, orifice d'une excava-

tion du volume d'une noix, tapissée par un détritus tuberculeux, sans fausse membrane, communiquant avec les bronches. Ce lobe contenait beaucoup de granulations grises demi-transparentes : le sommet du supérieur était dur, offrait une grande quantité de matière grise et noirâtre, au milieu de laquelle on voyait un tubercule de la grosseur d'une noisette ; dans le reste de son étendue, il n'y avait que fort peu de matière grisâtre, elle était irrégulièrement tuberculeuse. Le poumon droit adhérait à la plèvre costale au moyen d'une fausse membrane, ferme, épaisse de deux lignes à sa base : son lobe supérieur était presque entièrement transformé en une matière grise, brillante, un peu élastique, au milieu de laquelle se trouvaient beaucoup de granulations d'un gris laiteux ; il offrait, à son sommet, deux excavations du volume d'une noix, remplies d'un fluide trouble et rougeâtre, garnies d'un détritus tuberculeux, sans fausse membrane : le lobe inférieur contenait une excavation semblable, un certain nombre de granulations grises, était engoué dans quelques points. — Cœur parfaitement sain ; aorte irrégulièrement rouge dans toute son étendue.

Abdomen. Membrane muqueuse de l'estomac, nuancée de rose dans le grand cul-de-sac où elle était extrêmement ramollie par intervalles, parfaitement saine près du pylore, un peu moins consistante ailleurs que dans l'état naturel, incomplètement ulcérée dans plusieurs points de sa moitié inférieure. — Au tiers moyen de l'intestin grêle se trouvaient plusieurs ulcérations transversales, dont trois formaient l'anneau complet ; au-delà les plaques ellip-

tiques étaient plus ou moins complètement ulcérées, la membrane muqueuse détruite à leur niveau, et le tissu cellulaire sous-muqueux, inégal, épaissi, offrait beaucoup de petites excavations dans les mêmes points : ailleurs, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Il y avait une large ulcération dans le colon ascendant, et d'autres fort petites, en très-grand nombre, dans le rectum, le cœcum et son appendice. La membrane muqueuse était un peu ramollie dans la seconde moitié du gros intestin. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

---

431. Si maintenant nous jetons un coup-d'œil sur les observations qui précèdent, nous voyons qu'à une époque plus ou moins avancée de la phthisie, les malades ont senti *tout-à-coup*, dans un des côtés de la poitrine, une violente douleur jointe à une dyspnée ordinairement extrême, à une anxiété inexprimable ; puis tous les symptômes généraux de la pleurésie aiguë ; que ces accidens ont persisté au même degré, ou avec quelques rémissions, jusqu'à la mort qui est survenue de vingt-quatre heures à trente-huit jours après leur première apparition (Obs. 38, 40) ; et qu'à l'ouverture des corps on a trouvé une quantité plus ou moins considérable d'air, de pus ou de sérosité sanguinolente, dans le côté de la poitrine où la douleur s'était manifestée ; puis une perforation du parenchyme du poumon correspondant, par suite de l'ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la cavité des plèvres.

431. Le rapport des symptômes à l'état des poumons après la mort, est si frappant, qu'il suffit de l'exposition des faits pour montrer leur dépendance mutuelle. La douleur répond à l'irruption de la matière tuberculeuse dans les plèvres et est causée par elle, tandis que l'étouffement et l'anxiété sont l'effet de l'épanchement non moins rapide d'une certaine quantité d'air, puis, et plus ou moins promptement, d'un liquide de nature variée : en sorte que toutes les fois que chez un phthisique, il se manifestera, *subitement*, dans un des côtés de la poitrine, une violente douleur accompagnée de beaucoup d'étouffement et d'anxiété, avec tous les symptômes de la pleurésie aiguë, on devra penser qu'il y a perforation du parenchyme pulmonaire, suivant le mécanisme indiqué. Du moins, est-ce à l'aide de ces symptômes que nous avons reconnu, au premier abord, avec M. Chomel, l'accident dont il s'agit, chez les malades dont nous venons de donner l'histoire.

432. Ces symptômes sont d'ailleurs si rationnels, qu'on les croirait déterminés *à priori ;* et à raison de la similitude qui existe entre les circonstances qui accompagnent la perforation de l'intestin grêle et celle des poumons, on aurait encore pu, ce nous semble, les soupçonner par voie d'analogie. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il y a, au moment de la perforation, épanchement d'un fluide irritant sur une membrane séreuse ; et comme une douleur subite, et tous les symptômes d'une phlegmasie aiguë intense, se manifestent dans un cas, on pouvait croire qu'ils se manifesteraient aussi dans l'autre. Mais si cette douleur subite dans un point de l'abdomen, accom-

pagnée des symptômes d'une péritonite intense, suffit au diagnostic de la perforation de l'intestin, il était naturel de penser qu'il en serait de même relativement à celle des poumons, et qu'une douleur également subite et intense dans un des côtés de la poitrine, jointe à un étouffement extrême et aux autres symptômes de la pleurésie, suffirait pour l'indiquer, surtout chez les phthisiques.

433. L'étouffement et l'anxiété survenus d'une manière subite, pourraient encore, indépendamment de la douleur, faire soupçonner l'accident qui nous occupe. L'observation suivante en est la preuve.

XLIVe Observation.

Une femme, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution peu forte, fut admise à l'hôpital de la Charité le 28 septembre 1824. Elle avait la respiration courte depuis l'enfance, était rarement enrhumée, et pour quelques jours seulement, n'avait point eu de péripneumonie, était malade depuis trois mois et demi. Au début, sans cause appréciable, toux, crachats blancs, clairs, puis successivement plus épais et verdâtres; frissons irréguliers, fréquens, plus rares dans la suite; augmentation de la dyspnée habituelle, sueurs nocturnes, et au troisième mois, chaleur dans la soirée. L'appétit avait peu diminué, assez souvent des secousses de toux avaient déterminé des vomissemens : l'amaigrissement s'était prononcé dès les premiers jours, il n'y avait pas eu de diarrhée.

Le 29 septembre, figure un peu pâle, diminution assez considérable des forces, premier degré de marasme, sommeil fréquemment interrompu; douleur à l'épaule gauche existant depuis le début, plus forte la nuit que le jour, c'est-à-dire, quand les quintes de toux étaient les plus considérables. Crachats verdâtres, opaques, sans stries, entourés d'un mucus léger très-spumeux; poitrine peu sonore, retentissement de la voix, respiration trachéale sous la clavicule gauche. Pouls médiocrement accéléré. Enduit blanchâtre, peu épais sur la langue, bouche amère, appétit peu déprimé, digestion facile, ventre souple et indolent, quelques coliques depuis six semaines, selles rares. (Lich.; pot. gom.; deux tasses de lait; quart de port.)

Depuis cette époque jusqu'à la mort, qui arriva le 1er. janvier, la toux fut constamment très-incommode, la nuit surtout, et la malade obligée quelquefois de se mettre à son séant pour diminuer l'oppression. Les douleurs d'épaule n'augmentèrent pas; il y en eut d'assez vives au côté gauche du 25 au 28 novembre, mais sans augmentation de la dyspnée. A cette époque, la percussion était redevenue sonore sous la clavicule gauche; on y entendait, comme en arrière, dans le point correspondant, la pectoriloquie imparfaite: au-dessous, la respiration était dure et accompagnée d'un râle crépitant, large et sec. Le 24 décembre, la pectoriloquie était parfaite, le râle crépitant remplacé par du gargouillement, l'oppression comme à l'ordinaire, le décubitus horizontal. Le 26, la dyspnée devint *subitement* très-considérable, sans avoir été précédée ou accompagnée de douleur de poitrine. Le 27, au matin, elle était très-forte, le décubitus élevé, la

chaleur vive, le pouls très-fréquent, la figure rouge et animée, la parole brève; il y avait beaucoup d'anxiété; le côté gauche de la poitrine rendait un son infiniment plus clair que le côté droit, la respiration y était extrêmement confuse et lointaine, et à la fin de chaque mouvement respiratoire, on entendait un bruit pareil à celui qui a lieu quand on souffle rapidement dans une bouteille vide. Une saignée de cinq onces ne produisit qu'un soulagement momentané. Le lendemain, l'oppression et l'anxiété avaient encore augmenté, la malade ne parlait que de son étouffement, disait qu'elle mourrait de suffocation; les résultats de l'auscultation et de la percussion étaient les mêmes que la veille. Ils ne changèrent pas les jours suivans, et la malade mourut dans la nuit du 31 décembre au 1er. janvier, après avoir éprouvé tous les degrés de la suffocation, sans aucune douleur au côté gauche de la poitrine.

Les crachats devinrent assez rapidement pelotonnés, furent sans odeur, bien qu'à dater du 26 décembre l'haleine de la malade en eût une très-fétide, semblable à celle des matières animales en macération depuis quelque temps.

La chaleur fut considérable à compter de l'époque de la perforation, les frissons rares, les sueurs nocturnes plus ou moins fortes.

L'appétit se déprima successivement, et, dès les premiers jours de décembre, l'anorexie fut complète. Les vomissemens, qui consistaient en une certaine quantité d'alimens mêlés de mucus, cessèrent au milieu du mois de novembre, à la suite de l'administration de l'eau de Seltz. Il y eut un peu de sensibilité

à l'épigastre pendant plusieurs jours; la soif ne fut pas considérable. — La diarrhée débuta en octobre; faible et intermittente pendant les premiers vingt jours, elle fut ensuite continue et forte. Les matières fécales étaient jaunes et pultacées, dépourvues de sang et de mucus.

La malade conserva jusque dans les derniers temps une certaine vivacité d'esprit, craignait la mort et en parlait à chaque instant.

Elle fut presque toujours à l'usage du julep le soir, et d'une potion gommeuse avec un grain d'opium dans la journée, prit pour boisson de l'eau de riz, et la décoction blanche sans canelle; ses alimens furent diminués dans la proportion de la perte de l'appétit et de la diarrhée.

Ouverture du cadavre, trente-deux heures après la mort.

État extérieur. Commencement du deuxième degré de marasme.

Tête. Granulations arachnoïdiennes miliaires, disposées par groupes, adhérentes à la dure-mère. Cerveau très-ferme, sa substance corticale très-pâle. Deux petites cuillerées de sérosité dans chaque ventricule latéral, un peu plus dans les fosses occipitales inférieures; le reste parfaitement sain.

Cou. Le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel. La trachée-artère, d'un rouge médiocrement foncé, offrait deux petites ulcérations.

Poitrine. Le poumon gauche adhérait dans les trois cinquièmes supérieurs, au moyen d'une fausse

membrane, très-dense, était libre et recouvert dans le reste de son étendue par une autre fausse membrane rougeâtre et molle, qui tapissait aussi le diaphragme et les côtes, dont il était séparé par un espace en partie vide, en partie occupé par un fluide rougeâtre et trouble, semblable, sauf la densité, à celui des cavités tuberculeuses. Immédiatement au-dessous des adhérences, on voyait, sur le lobe inférieur, une ouverture de cinq lignes de diamètre, communiquant avec une excavation tuberculeuse qui s'étendait supérieurement jusqu'à la scissure interlobulaire. Cette cavité était recouverte par un détritus jaunâtre, comme tuberculeux, et traversée par un grand nombre de brides d'une ligne, plus ou moins, d'épaisseur, formées par une matière grisâtre, noirâtre, demi-transparente, dépourvues de ramifications vasculaires : autour de cette excavation s'en trouvaient d'autres d'une bien moindre capacité, avec lesquelles elle communiquait : une très-petite partie de ce lobe était perméable à l'air. Au sommet du supérieur se trouvait une excavation pareille à celle qui vient d'être décrite, mais plus considérable ; le reste du lobe offrait une foule de petites cavités communiquant entre elles, et séparées par une cloison de matière grisâtre et noirâtre, en sorte qu'il était impropre à la respiration dans toute son étendue. Le poumon droit offrait quelques adhérences inférieurement, et dans son lobe supérieur plusieurs masses tuberculeuses ramollies, dont les plus considérables étaient au centre ; il y en avait un moindre nombre dans l'inférieur, qui était engoué dans plusieurs points, et ferme sans être hépatisé, dans d'autres. — Les

bronches étaient un peu rouges à droite et à gauche, et communiquaient dans un grand nombre de points avec les excavations. — Les glandes bronchiques grisâtres, volumineuses, sans tubercules. — Le cœur un peu petit; l'aorte saine.

Abdomen. Une pinte de sérosité claire dans la cavité du péritoine. — L'estomac contenait beaucoup de mucus visqueux : au milieu du grand cul-de-sac, dans la largeur de sa main, ses vaisseaux étaient largement dessinés, et sa membrane muqueuse molle comme du mucus dans la moitié de cette étendue; ailleurs elle était parfaitement saine. — Les plaques elliptiques du dernier cinquième de l'intestin grêle étaient plus épaisses que dans l'état naturel, presque toutes plus ou moins ulcérées, et les ulcérations inégales à raison de l'épaississement et de l'ulcération partiels du tissu sous-muqueux : entre ces plaques se trouvaient des granulations jaunâtres dont plusieurs étaient ulcérées ; le reste de la membrane muqueuse parfaitement sain. — Quelques petites ulcérations dans le cœcum; la membrane muqueuse du gros intestin pâle, et un peu plus épaisse dans toute son étendue que dans l'état ordinaire; sa consistance un peu diminuée dans le colon droit, semblable à celle du mucus ailleurs; le tissu sous-muqueux blanc, opaque, triplé d'épaisseur dans les parties correspondantes. — Les glandes mésentériques rouges et volumineuses, sans tubercules : les mésocolites petites et saines. — Foie gras; bile de la vésicule dans l'état naturel. — Rate doublée de volume. — Le reste des viscères parfaitement sain.

434. Malgré l'absence de douleur, nous n'hésitâmes pas, dès que la malade nous eut dit que l'étouffement et l'anxiété étaient survenus *tout-à-coup*, à les attribuer à la perforation de l'un des poumons. Toutefois, dans ce cas comme dans ceux qui précèdent, le diagnostic acquérait un plus haut degré de certitude par les résultats comparés de l'auscultation et de la percussion ; car, si l'on percutait le côté souffrant peu après le début de l'oppression, de la douleur et de l'anxiété, on en tirait, comme nous avons vu, un son très-clair, plus clair même que du côté opposé ; tandis que l'oreille appliquée sur les points où la poitrine était si sonore, n'entendait pas la respiration, ou l'entendait au loin, pour très-peu de temps, d'une manière très-confuse, et dans un très-petit nombre de cas. Ce double phénomène indique, comme l'a démontré M. Laennec, la présence d'une certaine quantité d'air entre la plèvre costale et les poumons; et comme le pneumo-thorax est un des effets immédiats de la perforation de ces derniers, on devait nécessairement penser qu'il en était ici le résultat. Mais on conçoit que dans l'absence des symptômes que nous avons signalés, le pneumo-thorax aurait une bien moindre valeur, relativement à l'objet qui nous occupe, puisqu'il peut se présenter dans des circonstances variées, indépendamment de la perforation des poumons.

435. Un peu plus tôt, un peu plus tard, une certaine quantité de pus ou de sérosité purulente se joi-

gnait au fluide aériforme, et si, alors, on pratiquait de nouveau l'auscultation, on entendait le tintement métallique, soit dans l'inspiration, l'expiration, ou dans l'exercice de la parole. Ceci avait lieu dans les circonstances indiquées, quand l'excavation tuberculeuse, ouverte dans la plèvre, communiquait avec les bronches (Obs. 38, 40, etc.); dans ces cas, l'auscultation en faisant entendre le tintement métallique, et la percussion en annonçant la présence d'une certaine quantité d'air dans la cavité de la plèvre, attestaient, indépendamment des autres symptômes, la perforation dont il s'agit. Mais, comme on aura pu le remarquer, cette réunion de circonstances n'a pas toujours lieu (Obs. 39); quelquefois les cavités tuberculeuses ouvertes dans la plèvre ne communiquent pas avec les bronches, et alors il n'y a pas de tintement métallique. Il en est encore de même quand la communication existe, si l'épanchement de gaz n'est pas encore accompagné de celui d'un liquide, ou quand celui-ci est trop peu considérable; de manière que dans aucun cas l'auscultation ne peut faire connaître la perforation qu'à une époque plus ou moins éloignée de sa naissance, et que dans d'autres, quand il n'y a pas communication de la cavité des plèvres avec les bronches, le diagnostic n'est possible qu'au moyen des symptômes que nous avons indiqués.

436. Par rapport au tintement métallique, nous remarquerons que la quantité de liquide nécessaire à sa production ne paraît pas devoir être considérable, puisque nous l'avons entendu (Obs. 41), sans pouvoir obtenir un son mat dans le côté de la poitrine où il avait lieu. Une très-grande accumulation

le liquide ne nous a pas empêché non plus de constater son existence. (Obs. 38.)

437. Les sept observations qui précèdent sont, avec une autre que nous avons jugé inutile de rapporter, les seules qui nous aient fourni des exemples de l'accident qui nous occupe, et dans toutes, les symptômes rationnels qui lui appartiennent ont été assez prononcés, pour le faire reconnaître indépendamment de la percussion et de l'auscultation. Il semblerait néanmoins qu'il n'en est pas toujours ainsi; car, dans les trois exemples de la même lésion, rapportés par M. Laennec, dans son important ouvrage sur l'auscultation (Obs. 31, 39, 41.), les symptômes dont il s'agit ne paraissent pas avoir existé. Dans les cas de cette nature, rien ne porte à s'assurer de l'existence d'un accident qui ne s'annonce par aucun phénomène particulier; et si l'on vient à le découvrir, c'est en quelque sorte par hasard, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, et seulement quand il y a communication de la plèvre avec les bronches, car alors il peut y avoir tintement métallique.

438. La percussion et l'auscultation seraient encore le seul moyen de s'assurer de l'existence de la perforation, si les symptômes qui en dépendent étaient peu prononcés, puisqu'elles indiqueraient un pneumo-thorax (suite nécessaire de la perforation du parenchyme pulmonaire), et que cette espèce est incomparablement plus fréquente que toutes les autres.

439. La douleur offrait quelques variétés qu'il importe de rappeler. Vive chez les malades qui font l'objet des 38e, 39e, 40e, 42e observations, elle était

beaucoup moindre chez d'autres, sans perdre toutefois de son importance relativement au diagnostic, soit à raison de sa subite apparition, soit à cause de l'étouffement dont elle a été accompagnée et suivie, soit, et surtout, à cause de la modification qui s'y est jointe. Nous avons vu en effet, chez la femme qui fait l'objet de la 41e observation, qu'au moment de l'apparition de la douleur et même un peu avant, la malade croyait avoir senti un gaz qui aurait circulé dans le côté gauche de la poitrine, sensation qui se prolongea pendant un certain temps, et qui avait sans doute pour cause le passage de l'air du poumon dans la cavité correspondante. D'ailleurs, loin de nous étonner des faibles différences qu'a présentées la douleur, nous devons être surpris qu'elles n'aient pas été plus considérables; ainsi, elle n'a pas été moins forte chez les malades qui sont l'objet des 39e et 42e observations, que chez les autres, bien que la cause matérielle n'ait été, dans ces deux cas, qu'un fort petit abcès tuberculeux, sans communication avec les bronches, vidé dans la cavité des plèvres; tandis que chez les autres, l'excavation tuberculeuse était considérable et communiquait avec les bronches. Enfin, elle a manqué dans un cas où la perforation était large (Obs. 44), la cavité tuberculeuse étendue, et la quantité de matière irritante, versée dans la plèvre, sans doute très-grande.

440. L'étouffement et l'anxiété étaient très-considérables, si ce n'est dans la 41e observation, et néanmoins la malade qui en est l'objet ne pouvait essayer le plus petit mouvement sans être menacée de lipothymie. Cette malade présentait encore de l'intérêt

sous le rapport de son décubitus à droite, la tête basse, tandis que la plupart des autres malades restaient à leur séant.

441. Il est encore digne d'attention que, malgré la gêne extrême et subite apportée dans la circulation, la figure conservait, dans beaucoup de cas, sa pâleur naturelle; fait qui, cependant, n'offre rien d'extraordinaire, puisque tous les jours on voit des malades rester très-pâles au milieu d'une dyspnée très-forte, dans la dilatation du cœur la plus prononcée, par exemple, et même dans quelques cas où il y a communication des cavités droites avec les cavités gauches.

442. L'intervalle qui s'est écoulé entre le moment où la perforation a eu lieu et l'époque de la mort, doit encore être remarqué. En effet, la terminaison fatale a eu lieu en seize, vingt-quatre, trente-six, soixante-douze heures, six, vingt et trente-six jours après le début des premiers symptômes de la perforation : et certes, il n'est pas facile de se rendre compte des circonstances qui ont amené de si notables différences. Vainement en chercherait-on la cause dans le plus ou moins de force des malades, au moment où l'accident a eu lieu; car la femme qui fait l'objet de la 39ᵉ observation, et qui a succombé après soixante-douze heures, était, suivant toutes les apparences, aussi forte que le sujet de la 38ᵉ, qui n'a succombé qu'au trente-sixième jour. On ne saurait non plus s'en prendre à la différence de traitement, le dernier des malades dont il vient d'être question, étant resté, les trois premiers jours qui ont suivi la perforation, chez lui, sans secours, dans les plus vives douleurs. Resterait pour expliquer le fait qui nous occupe, la différence observée dans la gran-

deur des excavations, ou dans la quantité plus ou moins considérable de liquide qui a fait irruption dans la plèvre : mais cette différence ne fait qu'augmenter la difficulté, vu que, chez les malades dont la mort est arrivée de trente-six à soixante-douze heures après la perforation, la cavité tuberculeuse qui l'établissait, était fort petite, sans communication avec les bronches, et n'avait pu verser dans la plèvre qu'une petite quantité de fluide, ce qu'on ne pouvait supposer dans le premier cas. Nous insistons sur ces détails, parce qu'il importe au médecin de savoir que tel accident, mortel de sa nature, peut le devenir après quelques heures ou quelques semaines seulement, sans qu'on puisse ni prévoir ni expliquer ces différences.

443. La perforation a eu lieu dans le même point sur cinq des sujets dont nous avons donné l'histoire, c'est-à-dire, vis-à-vis l'angle de la troisième ou de la quatrième côte. Ce fait mérite d'être remarqué, soit à raison du siége de la douleur qui a été le même à son début, soit parce qu'il tient sans doute au développement progressif des tubercules du sommet à la base des poumons. Il n'est pas moins remarquable que sur huit cas de perforation, sept ont été observés à gauche, où, d'après ce qui a été dit plus haut, l'affection tuberculeuse est un peu plus fréquente, et assez souvent plus avancée que du côté droit.

Nous n'avons trouvé sur le même poumon qu'une seule perforation ; mais il convient de remarquer que dans plusieurs cas (Obs. 41), il y avait à la face externe du même viscère un grand nombre de taches jaunes et blanches, qui répondaient à autant de tubercules fondus ; que ces tubercules étaient séparés

de la plèvre par moins d'un millimètre d'épaisseur, et qu'ils étaient en quelque sorte sur le point de faire irruption dans sa cavité. Si maintenant on réfléchit que cette disposition est très-fréquente, on sera peut-être étonné que l'accident qui nous occupe ne soit pas beaucoup plus commun, et l'on sera convaincu que dans un grand nombre de cas les adhérences des plèvres entre elles en sont la cause. Cela est évident pour le sommet des poumons, où les fausses membranes semi-cartilagineuses forment assez fréquemment la paroi immédiate des cavités tuberculeuses, dans un certain nombre de points : quelquefois aussi on voit la matière tuberculeuse pulmonaire appliquée sur les côtes immédiatement, se faire jour, chez certains sujets, à travers les muscles intercostaux, et alors il est bien clair que sans l'adhérence des plèvres entre elles, les tubercules, au lieu de se porter au-dehors, auraient fait irruption dans la plèvre.

444. Nous ne passerons pas non plus sous silence la promptitude avec laquelle s'est formé l'épanchement de sérosité plus ou moins trouble ou sanguinolente, dans certains cas; ainsi, nous l'avons trouvé considérable chez la femme qui fait l'objet de la 40e observation, et qui succomba vingt-quatre heures après la perforation, bien que douze heures avant sa mort la percussion de sa poitrine rendît un son fort clair dans tout le côté affecté ; en sorte qu'ici, l'épanchement se sera formé en moins de douze heures. Il en a encore été de même pour une autre malade (Obs. 41), chez laquelle l'exhalation de sérosité, pour s'être faite (en quantité appréciable du

moins) long-temps après la perforation, n'en a pas été moins rapide. Toutefois ces faits, loin d'avoir quelque chose d'extraordinaire, ne font que rappeler la promptitude avec laquelle se fait l'épanchement dans beaucoup de cas de pleurésie simple; ils en sont une preuve plus nette encore que celle qu'on peut acquérir pendant la vie au moyen de l'auscultation et de la percussion, ils sont parfaitement d'accord avec ce qui a lieu dans la cure radicale de l'hydrocèle par injection, après laquelle se forme, dans l'espace de quelques heures, un épanchement considérable de sérosité purulente dans la tunique vaginale du testicule.

445. Remarquons encore, que dans les cas où la mort est arrivée vingt-quatre heures après la perforation, une fausse membrane molle, et probablement déjà organisée, recouvrait le poumon et la plèvre dans toute leur étendue.

446. Nous ne nous arrêterons pas sur plusieurs autres circonstances de ces observations, qui sont dignes de quelque attention; nous dirons seulement que dans ces cas, comme dans ceux de mort subite, l'épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux a été fort peu considérable ; que malgré la gêne apportée subitement, et quelquefois plusieurs jours de suite dans la circulation, les membranes muqueuses n'ont pas été plus rouges que dans les cas où la circulation était beaucoup moins gênée; ce qui semble indiquer que les obstacles à la circulation doivent avoir existé longtemps, pour produire l'engorgement des vaisseaux mésentériques et de la membrane muqueuse, qu'on lui attribue dans beaucoup

de cas. Enfin, nous rappellerons que malgré l'intelligence, la sensibilité du malade qui fait l'objet de la 43e observation, et les nombreuses questions que nous lui avons faites relativement à l'état de la trachée-artère, nous n'avons recueilli aucun symptôme capable de faire soupçonner l'énorme ulcération que nous y avons observée après sa mort.

447. Les observations rapportées dans ce chapitre sont relatives à des sujets dont la maladie avait duré de six à seize mois, et qui avaient de vingt-quatre à quarante-cinq ans. Le temps nous dira si la perforation du parenchyme pulmonaire a lieu dans la phthisie très-chronique et chez les vieillards, car nous ne pouvons rien conclure, à cet égard, d'un nombre de faits encore trop peu considérable.

Chapitre VIII.

DES MORTS SUBITES.

448. Ce qui précède montre assez combien de causes étrangères à l'affection tuberculeuse des poumons accélèrent la mort des phthisiques; mais il est des cas où elle arrive plus rapidement encore, d'une manière tout-à-fait inattendue et presque subite. Quelquefois l'ouverture du corps peut, jusqu'à un certain point, rendre compte de cette espèce de mort; d'autres fois, au contraire, l'examen le plus scrupuleux des organes ne conduit à rien de satisfaisant.

Les observations suivantes viennent à l'appui de cette double assertion.

Article Premier.

MORTS INATTENDUES QU'ON PEUT EXPLIQUER, D'UNE MANIÈRE PLUS OU MOINS PLAUSIBLE, PAR L'ÉTAT DES ORGANES APRÈS LA MORT.

XLVe. Observation.

449. Un orfévre, âgé de vingt-deux ans, d'une petite taille, réformé pour cause de constitution faible, malade depuis quatre ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 10 avril 1823. Sa maladie avait débuté par une toux peu considérable, accompagnée de crachats : l'un et l'autre symptômes avaient continué sans interruption, étaient devenus très-incommodes depuis sept mois, époque à laquelle avaient débuté l'oppression, des frissons quotidiens et des sueurs nocturnes. Dans les trois derniers jours du mois de mars, le malade avait éprouvé une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine, et une augmentation de dyspnée. Depuis un an l'appétit était déprimé, souvent il y avait eu beaucoup de mal-aise et d'étouffement à l'épigastre; les forces avaient rapidement diminué; d'ailleurs, point de diarrhée ni d'hémoptysie.

Le 11 avril, figure naturelle, amaigrissement peu considérable, oppression légère rapportée à l'épigastre; toux fréquente la nuit, crachats verdâtres, opaques, déchiquetés, au milieu d'une pituite abondante; son très-obscur à la partie extérieure et supérieure du côté droit de la poitrine, clair dans le reste de son étendue; respiration naturelle à gauche, trachéale sous la clavicule droite, accompagnée d'une crépitation médiocrement fine à la partie moyenne de ce dernier côté, en avant et en arrière. Pouls régulier, peu fréquent. Langue humide, un peu villeuse au centre, naturelle au pourtour; anorexie presque complète; selles rares, ventre indolent. Le malade ne se plaignait de rien, sinon d'un léger mal-aise à l'épigastre. (Lich. g.; pot. g.; julep; demi-quart de portion.)

Le 21, le son de la poitrine du côté droit était obscur dans un espace un peu plus étendu que le 11; l'appétit meilleur; le malade pouvait manger le quart de portion sans éprouver de pesanteur à l'épigastre, les selles étaient régulières; il n'y avait pas eu de sueurs. (Vésic. à droite du thorax.)

Les jours suivans, il y eut quelques douleurs de gorge, l'appétit disparut, la chaleur augmenta, et le 26, nous observâmes une légère éruption de taches rouges, sans saillies, sur toute la surface du corps: la desquammation commençait dans quelques points, la douleur de gorge avait cessé depuis deux jours, le pharynx et les amygdales étaient dans l'état naturel, le pouls plus accéléré et plus plein que d'ordinaire, la dyspnée un peu plus considérable; l'anorexie persistait, la toux excitait des nausées.

Le 27, l'éruption était entièrement effacée, le pouls plein, à cent pulsations par minute, la respiration accélérée : le malade accusait, dans le côté gauche, près du bord des côtes, une douleur qui existait déjà depuis trois jours; la poitrine rendait un son clair dans toute l'étendue de ce côté, la respiration s'y faisait comme dans l'état naturel : à droite, les résultats de l'auscultation et de la percussion étaient les mêmes que par le passé. Les crachats n'avaient pas sensiblement changé, la langue était naturelle. Il y avait eu une selle d'une médiocre consistance.

Le lendemain 28, la respiration ne nous paraissant pas plus gênée que la veille, nous ne fîmes pas l'examen détaillé du malade. Le soir, au moment de la distribution, il était à son séant, demandait à manger, et quelques minutes après il expira, sans agonie, sans que ses camarades s'aperçussent qu'il était plus mal qu'une demi-heure auparavant.

Ouverture du cadavre, vingt heures après la mort.

État extérieur. Bon état des chairs; à peine le premier degré de marasme; quelques vergetures, aux membres principalement.

Tête. Plusieurs éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations de l'arachnoïde; les veines cérébrales étaient distendues par le sang. Cerveau et cervelet très-injectés : trois petites cuillerées de sérosité claire dans les ventricules latéraux.

Cou. Larynx dans l'état naturel. Au-dessous des cordes vocales, dans la hauteur d'un pouce et demi, la membrane muqueuse de la trachée-artère était

rouge et épaissie; elle était saine au-delà, puis reprenait encore une rougeur vive deux pouces au-dessus de sa bifurcation : cette rougeur se continuait dans les bronches, du côté droit surtout.

Poitrine. Le poumon droit adhérait à la plèvre costale au moyen de filamens celluleux à sa partie inférieure, et à son sommet par une fausse membrane semi-cartilagineuse, d'une à trois lignes d'épaisseur, laquelle, en se repliant sur la plèvre interlobulaire, formait la plus grande partie des parois d'une vaste cavité qui occupait le sommet du lobe supérieur du poumon, et communiquait avec d'autres cavités d'un petit volume. La texture de cette fausse membrane n'était pas la même partout; là, elle était grisâtre et bleuâtre, comme cartilagineuse; ici, d'une couleur jaunâtre, et rappelait alors la structure des ligamens jaunes : dans quelques points elle était transformée en matière grise demi-transparente. Le lobe inférieur était un peu engoué, contenait un assez grand nombre de granulations grises. — Le poumon gauche offrait des adhérences universelles, était volumineux, plus dur inférieurement que supérieurement où il y avait quelques petites excavations incomplètement vidées, et des granulations grises demi-transparentes. Dans ses deux tiers inférieurs, son tissu était d'un gris bleuâtre, la surface des incisions qu'on y pratiquait un peu grenue : la pression en faisait sortir une certaine quantité d'un fluide louche et grisâtre, presque sans air. — Cœur un peu volumineux, mais sain.

Abdomen. L'estomac contenait une assez grande quantité de liquide trouble, sa membrane muqueuse offrait des vergetures dans quelques points, était un

peu ramollie dans le grand cul-de-sac, et parfaitement saine ailleurs. — Duodénum dans l'état naturel. — Plusieurs des plaques elliptiques de l'intestin grêle étaient rouges et plus ou moins profondément ulcérées. — Le gros intestin contenait beaucoup de mucus, très-peu de matières fécales, et offrait, dans le colon droit, des ulcérations peu étendues, dont la plupart avaient des granulations tuberculeuses à leur centre : la membrane muqueuse était épaissie, décollée à leur pourtour, et partout ailleurs dans l'état naturel. — Plusieurs glandes mésentériques un peu rouges et volumineuses; le reste des viscères de l'abdomen parfaitement sain.

---

450. Le poumon droit, en grande partie, et le poumon gauche, en presque totalité, étaient impropres à la respiration ; le poumon gauche était hépatisé, et la rapidité avec laquelle cette hépatisation a eu lieu, explique comment la mort est arrivée d'une manière si prompte et si peu prévue. En effet, trente-six heures avant le terme fatal, le côté gauche de la poitrine résonnait bien dans toute son étendue, la respiration semblait s'y faire comme dans l'état naturel, en sorte que c'est pendant ces trente-six heures, que la totalité ou la plus grande partie du poumon gauche sera passée de l'état sain au deuxième degré de l'inflammation, fait qui, d'ailleurs, n'a rien de fort extraordinaire, et que nous avons observé plus d'une fois dans d'autres circonstances. Qu'après cela on suppose, à raison de la douleur éprouvée par le malade quatre jours avant

la mort, qu'il existait dès son début quelque noyau d'inflammation dans le parenchyme pulmonaire, la chose est assez probable ; mais cette *supposition* n'empêche pas que la plus grande partie de la masse hépatisée n'ait passé à cet état en fort peu de temps, peut-être en vingt-quatre heures.

Mais comment une lésion qui s'est opérée avec tant de promptitude a-t-elle donné lieu à des accidens si faibles ? Comment la mort est-elle arrivée sans qu'on ait pu la prévoir, subitement enfin ? C'est à quoi il nous semble difficile de répondre d'une manière satisfaisante.

451. Parmi les autres circonstances de cette observation qui présentent quelque intérêt, nous rappellerons l'espèce de calotte de tissu composé qui enveloppait le sommet du poumon droit, et l'intégrité presque parfaite de la membrane muqueuse de l'estomac, bien que le dérangement des digestions fût déjà ancien à l'époque de la mort du sujet.



XLVIe. Observation.

452. Un domestique, âgé de trente-deux ans, malade depuis seize mois, vint à l'hôpital de la Charité le 15 avril 1822. Il était étroit, d'une petite taille, très-sujet au rhume avant et depuis une pleurésie qu'il avait eue à l'âge de vingt-cinq ans, attribuait sa maladie à des refroidissemens auxquels il avait

été exposé dans un voyage fait pendant l'hiver de 1820 à 1821. Depuis lors il toussait et avait la respiration gênée ; l'expectoration n'avait commencé que sept mois après le début de la toux, l'amaigrissement s'était montré à la même époque, et quelque temps après, trois mois environ, des sueurs nocturnes s'étaient établies pour revenir tous les jours ensuite ; enfin, il y avait eu, dans les trois dernières semaines, des douleurs de gorge et de la diarrhée : d'ailleurs jamais d'hémoptysie.

Le 16 avril, physionomie assez naturelle, toux peu fréquente le jour, incommode pendant la nuit, crachats verdâtres, opaques et sans stries. Poitrine sonore dans toute son étendue, retentissement considérable sous les clavicules, pectoriloquie imparfaite entre la colonne vertébrale et l'omoplate du côté droit ; voix altérée, voilée, à-peu-près comme depuis deux mois, sans douleur au larynx. Pouls fréquent, large et développé ; chaleur peu considérable, nuls frissons depuis huit jours. Anorexie, douleur de gorge, rougeur au bord libre du voile du palais et au pharynx ; déglutition facile, épigastre indolent, quatre selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures. (Lich. ; pot. g. ; quart de portion.)

Le 26, aphonie complète, ardeur, picotemens au larynx, rougeur au bord libre du voile du palais et au pharynx, déglutition gênée, trois selles très-molles, sueur copieuse. (Douze sangsues à l'anus ; vésic. au cou ; viol. avec le sirop de g. ; pot. gomm.)

Le 10 mai, l'aphonie continuait, mais les douleurs du larynx étaient moindres qu'à l'ordinaire ; les boissons revenaient quelquefois par le nez, il n'y avait point de douleur le long du cou ; on entendait sons

la clavicule droite, et en arrière dans le point correspondant, un gros râle sec, et à chaque parole prononcée par le malade, l'air semblait entrer dans le stéthoscope; il y avait quelques crachats rouillés, le pouls était peu fréquent, la chaleur modérée, la langue dans l'état naturel, l'appétit peu prononcé, le ventre indolent, la diarrhée peu considérable.

Le lendemain et le surlendemain pas de changement, du moins sensible : il n'y en avait pas non plus le 13; et ce même jour, deux heures après la visite, le malade fut trouvé mort. On lui avait ordonné une potion gommeuse avec du sirop diacode et trois crêmes de riz.

Ouverture du cadavre, vingt-trois heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Un peu de sérosité dans la partie supérieur de l'arachnoïde; une cuillerée du même liquide da chaque ventricule latéral; cerveau légèrement injec

Cou. Œdème des bords de la glotte, un peu considérable à droite qu'à gauche, d'une ligne e mie d'épaisseur dans ce dernier sens; membrane queuse du larynx pâle et dans l'état naturel. Imm tement au-dessous des cordes vocales, deux ulcé ns de trois lignes de diamètre; et deux pouces au sus de la bifurcation de la trachée-artère, sur sa tion charnue, autre ulcération de quatre lignes de rgeur sur huit de hauteur; la membrane muque inter médiaire parfaitement saine.

Poitrine. Adhérences celluleuses du poumon droit à la plèvre costale; excavation vaste à son sommet,

tapissée par une double fausse membrane, dont l'externe reposait sur le parenchyme pulmonaire sain ou sur des granulations blanches, jaunâtres ou grises, assez nombreuses dans le reste de l'organe. Adhérences partielles au sommet du poumon gauche, où se trouvaient aussi quelques excavations tuberculeuses : dans le reste de son étendue on voyait trois zones de matière grise, demi-transparente, d'un pouce d'épaisseur, séparées par des tranches de tissu pulmonaire, de même dimension, un peu engoué. Cette matière grise était semée d'une très-grande quantité de granulations miliaires un peu blanches ou jaunâtres. — Cœur et aorte sains.

Abdomen. Membrane muqueuse de l'estomac un peu violacée dans le grand cul-de-sac, dans l'état naturel ailleurs. — Celle de l'intestin grêle offrait quelques taches rougeâtres et brunâtres, et dans son dernier cinquième, plusieurs ulcérations qui reposaient, pour la plupart, sur la membrane musculaire. — La membrane muqueuse du gros intestin était rouge ans le colon descendant, offrait trois ulcérations peu nsidérables dans le colon droit et le transverse.— 'e un peu gorgé de sang : le reste des viscères de lomen dans l'état naturel.

---

4. Si nous parcourons les principaux viscères qui vienn d'être décrits, nous voyons, du côté du cervea un épanchement de sérosité dans les ventricules ıtéraux, bien moindre que dans nombre de cas où l nort n'a présenté aucune circonstance re-

marquable, en sorte que nous ne pouvons pas y chercher la cause de celle du sujet ; l'état des poumons n'était pas tel qu'ils ne pussent encore remplir leurs fonctions pendant un espace de temps considérable. On peut en dire autant des viscères de l'abdomen ; de manière que jusqu'ici rien n'explique la mort subite. Reste l'œdème de la glotte. On croira peut-être que cet œdème n'était pas assez considérable pour produire la suffocation, et en preuve de cette manière de voir, on dira que nous n'avons pas décrit les accès de dyspnée qui caractérisent cette affection. A cela nous répondrons par un fait que nous avons observé il y a quelques mois : il s'agit d'un jeune homme atteint de fièvre grave et qui mourut au milieu d'une suffocation effrayante, accompagnée d'inspiration sifflante ; ces symptômes avaient paru deux heures avant la mort seulement, et à l'ouverture du cadavre nous trouvâmes la glotte œdémateuse et l'œdème de la même épaisseur que dans le cas dont il s'agit. Il *se pourrait* donc que dans les deux heures écoulées entre le moment de la visite et celui de la mort du sujet, il se fût passé quelque chose d'analogue, ce qu'il ne nous a pas été possible de vérifier.

Sans plus insister sur une supposition fort contestable, nous rappellerons, relativement au sujet qui nous occupe, que nous n'avons recueilli que deux autres exemples de l'œdème de la glotte chez les phthisiques, encore moins prononcés que celui dont il vient d'être question, et que cela peut paraître assez singulier, vu la fréquence des ulcérations de l'épiglotte et du larynx. Toutefois, nous observerons que l'œdème n'est pas une chose ordinaire autour des ulcérations

qui ont lieu dans les intestins, l'estomac ou ailleurs, chez les phthisiques, et que cela semble indiquer que le travail organique qui amène ces ulcérations, est ordinairement tout-à-fait local, ne s'étend pas au-delà de leur pourtour.

Nous remarquerons encore, comme fait anatomique assez rare, la disposition de la matière grise, par zones, dans le poumon gauche.

Article II.

MORTS INATTENDUES QU'ON NE PEUT EXPLIQUER PAR L'ÉTAT DES ORGANES APRÈS LA MORT.

XLVIIe. Observation.

454. Une couturière, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution assez forte, habituellement bien portante, non sujette au rhume et n'ayant jamais eu de maladie grave, vint à l'hôpital de la Charité le 23 juin 1823. Elle toussait sans interruption depuis cinq mois; la toux avait été sèche pendant les deux premiers, après quoi les crachats s'étaient établis : l'oppression avait débuté en même temps, il n'y avait eu ni hémoptysie, ni douleur thorachique, ni frissons; mais la malade avait été très-sensible au froid dès les premiers temps, et avait des sueurs nocturnes depuis deux mois. Depuis

la même époque son appétit était très-déprimé, elle éprouvait du mal-aise à l'épigastre dès qu'elle mangeait autre chose que de la soupe; il y avait de la diarrhée; l'amaigrissement faisait des progrès rapides.

Le 24, figure médiocrement animée, forces peu abattues; toux fréquente la nuit, crachats verdâtres, opaques, plus ou moins déchiquetés, couverts de salive et de mucosités claires; oppression médiocre, son obscur, gargouillement, respiration trachéale sous la clavicule gauche; en arrière, dans le point correspondant, pectoriloquie manifeste. Pouls médiocrement accéléré, sueur la nuit : langue un peu villeuse et blanchâtre, bouche amère, anorexie presque complète, ventre souple et indolent, trois selles liquides et brûlantes.

Le 3 juillet, on entendait la pectoriloquie de chaque côté entre les deux épaules; le teint était frais, médiocrement animé, le pouls accéléré, petit et faible, les sueurs et les fonctions digestives dans le même état que le premier jour.

Le 5, la malade se promena dans le jardin, où elle montra beaucoup de gaîté : le lendemain, à quatre heures du soir, après avoir été à la selle et s'être remise au lit, elle mourut subitement, à la grande surprise de ses camarades, qui venaient de causer avec elle.

Ouverture du cadavre, trente-sept heures après la mort.

État extérieur. Commencement du deuxième degré

de marasme, vergetures nombreuses sur toute la surface du corps.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne très-légère ; cerveau un peu sablé de sang ; trois petites cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules latéraux, à-peu-près autant à la base du crâne.

Cou. Larynx dans l'état naturel ; rougeur vive à la partie inférieure de la trachée-artère. Plusieurs glandes cervicales tuberculeuses du côté gauche.

Poitrine. Adhérences celluleuses au sommet des poumons ; quelques excavations tuberculeuses dans cette partie, un peu plus amples à gauche qu'à droite, du volume d'une petite noix environ, tapissées par une fausse membrane épaisse et ferme, environnées d'une matière grise demi-transparente et parsemée de tubercules plus ou moins jaunâtres, en sorte que le sommet des deux poumons était dur dans la hauteur de deux pouces et demi. Il y avait dans le reste de son étendue beaucoup de granulations grises, demi-transparentes. Les bronches étaient dilatées sans être épaissies, dans toute la moitié supérieure du poumon gauche. Les ganglions lymphatiques placés autour de leurs principales divisions et de la trachée-artère, étaient en partie tuberculeux. — Cœur un peu mou et vide de sang ; aorte rouge dans toute son étendue.

Abdomen. Estomac d'un médiocre volume, entièrement dépourvu de bile ; sa membrane muqueuse d'un rouge un peu livide autour du cardia et dans une partie du grand cul-de-sac, où elle était légèrement ramollie, parfaitement saine ailleurs. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle rouge dans

la portion placée dans le petit bassin, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans toute son étendue, sans ulcération ; près du cœcum, elle recouvrait quelques granulations tuberculeuses non ramollies, de la grosseur d'un grain de chenevis. — La membrane muqueuse du gros intestin était légèrement épaissie et ramollie, offrait quelques petites ulcérations dans le colon transverse. — Le foie était rouge et un peu gorgé de sang à sa grosse extrémité ; la bile de la vésicule médiocrement visqueuse, d'une couleur rouge acajou : les autres viscères de l'abdomen sains.

---

455. Sans doute la lésion du parenchyme pulmonaire était grave; mais les poumons étaient encore perméables à l'air dans une grande partie de leur étendue, et quelques minutes avant la mort la respiration s'exerçait avec régularité. Entre ce moment et celui où la vie a été subitement éteinte, aucun changement, appréciable du moins, ne paraît s'être opéré dans ces organes, et alors comment se rendre compte de cette mort inattendue? Pourrait-on comparer les viscères aux muscles locomoteurs, et croire que, dans certaines circonstances, ils deviennent tout-à-coup inhabiles à remplir leurs fonctions, par l'effet d'une sorte de fatigue?

456. Les lésions des autres viscères étaient trop peu considérables pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter. L'aorte était rouge dans toute son étendue ; mais cette rougeur est encore jusqu'ici une véritable inconnue, et avant d'expliquer quelque chose par elle, il faudrait en connaître la valeur.

XLVIIIe. Observation.

Une femme, âgée de soixante ans, fut admise à l'hôpital de la Charité le 14 juillet 1823; elle était d'une constitution forte, ordinairement bien portante, peu sujette au rhume et malade depuis sept mois. Dans les premières six semaines, mal-aise, sentiment de faiblesse, diminution marquée de l'appétit; puis, toux, crachats plus ou moins copieux; dans les trois derniers mois, oppression, et peu après, bouffées de chaleur incommode par tout le corps, douleur du côté droit de la poitrine : ces symptômes avaient persisté, l'appétit s'était un peu relevé dans les derniers temps; il n'y avait point eu d'hémoptysie, de diarrhée, de coliques ou de frissons.

Le 15 juillet, figure pâle et amaigrie, faiblesse assez considérable, sommeil tranquille; oppression rapportée à l'appendice xyphoïde, toux peu fréquente; crachats déchiquetés, verdâtres, opaques; son mat, respiration trachéale, pectoriloquie sous la clavicule droite, et en arrière, du même côté, dans le point correspondant; pectoriloquie douteuse à gauche; ailleurs, bruit respiratoire assez fort, accompagné d'un ronchus grave : douleur au côté droit de la poitrine par intervalles. Pouls très-fréquent : langue nette et humide, un peu rouge, appétit déprimé, épigastre et tout le reste de l'abdomen indolens, à moins d'une forte pression; selles quotidiennes, urine brûlante.

(Lich. ; pot. gom. ; quart de port. ; une tasse de vin.)

Les jours suivans l'appétit augmenta un peu ; il n'y eut ni frissons, ni diarrhée ; la malade se promenait la plus grande partie du temps.

Le 25, à l'heure de la visite, elle ne nous parut pas plus mal qu'à l'ordinaire : dans le jour elle fit sa promenade accoutumée ; le soir, sa figure devint un peu violette, elle s'endormit paisiblement néanmoins ; à minuit elle se réveilla, se plaignit d'étouffer, et à une heure on la trouva morte.

Elle avait accusé, dans les deux derniers jours, du dégoût et quelques nausées.

Ouverture du cadavre, trente heures après la mort.

État extérieur. Léger œdème à la jambe et à la cuisse droite ; quelques vergetures à leur pourtour ; veines crurales parfaitement libres.

Tête. La dure-mère était ossifiée dans l'étendue d'un pouce carré, en arrière et près de la faux ; le tissu sous-arachnoïdien très-infiltré ; les plexus choroïdes transformés en vésicules hydatiformes qui contenaient un fluide séreux, dont il n'y avait pas de trace dans les ventricules : le cerveau un peu injecté.

Cou. Le larynx, la trachée-artère et l'épiglotte dans l'état naturel.

Thorax. La moitié supérieure du poumon droit adhérait à la plèvre costale, offrait dans sa partie la plus élevée une large excavation qui communiquait avec d'autres beaucoup moins considérables : toutes étaient enveloppées par une matière grise demi-transparente, au milieu de laquelle se trouvait une infinité

de tubercules ; il n'y avait pas une parcelle de tissu pulmonaire sain dans cette partie. Le reste du poumon offrait un assez grand nombre de granulations grises et jaunâtres, et un peu d'engouement. Le gauche n'avait que de légères adhérences et quelques excavations tuberculeuses à son sommet: il était un peu engoué à sa base.—Cœur petit et sain ; aorte large, ayant beaucoup de plaques jaunes à sa surface et dans l'épaisseur de ses parois.

Abdomen. Grand nombre de granulations miliaires demi-transparentes, développées au milieu d'une fausse membrane extrêmement fine, comme celluleuse, qui recouvrait l'intestin grêle et le mésentère. — Estomac un peu rétréci; sa membrane muqueuse rouge et légèrement ramollie dans la moitié du grand cul-de-sac, grisâtre, et d'une bonne consistance ailleurs. — Quelques ulcérations d'une médiocre étendue, dans les cinq derniers pieds de l'intestin grêle; leur surface, parsemée de tubercules, présentait dans plusieurs points la tunique musculaire à nu; dans le reste de sa longueur, la membrane muqueuse était intacte. — Celle du gros intestin était ramollie dans le colon droit, parfaitement saine ailleurs, si ce n'est au-dessus de l'anus, où se trouvaient trois petites ulcérations. —Glandes mésentériques dans l'état naturel. — Foie d'un petit volume, rouge et friable; douze petits calculs, hérissés de pointes, au milieu d'une petite quantité de bile médiocrement foncée, qui remplissait la vésicule. — Rate excessivement ramollie, d'un volume ordinaire, réduite en un tissu réticulé blanc, par une légère pression. — Reins rouges; membrane muqueuse de la vessie in-

jectée. — Petit corps fibreux au milieu du tissu de la matrice, qui était d'un rose tendre.

---

457. La cause de la mort subite ne nous semble pas plus facile à déterminer dans ce cas que dans celui qui précède, et les mêmes réflexions peuvent, en grande partie, s'appliquer à l'un et à l'autre. L'un des poumons était encore perméable à l'air dans la plus grande partie de son étendue, la lésion de l'estomac peu profonde et d'une médiocre étendue, les ulcérations de l'intestin grêle peu considérables; la membrane muqueuse du colon n'offrait qu'un ramollissement très-borné; en un mot, le désordre était beaucoup moins étendu dans les poumons et dans les autres organes, que dans nombre de cas où la mort arrive lentement et est précédée d'une longue agonie. Nous ne parlons pas du léger engorgement des poumons, des reins, du foie, de l'intestin, et de la membrane muqueuse de la vessie; car ces lésions étaient probablement l'effet, et non la cause, du genre de mort qui nous occupe, et pouvaient être, jusqu'à un certain point, comparées aux vergetures de la peau. Nous ne nous arrêterons pas davantage à la rougeur et au ramollissement léger d'une partie de la membrane muqueuse de l'estomac, lésion probablement récente, qui correspondait peut-être aux dégoûts éprouvés par la malade deux jours avant la mort, et trop peu considérable pour jouer un grand rôle dans l'explication de la mort du sujet.

458. Nous avons exposé plus haut un exemple de

mort subite du même genre que ceux dont il est question dans cet article, chez un sujet dont presque tous les viscères étaient plus ou moins profondément altérés (Obs. 7). Dans cette circonstance, on est à-la-fois surpris que le malade ait vécu si long-temps, et que la mort soit arrivée sans avoir été précédée des symptômes qui ont ordinairement lieu alors. Dans un quatrième cas, semblable aux précédens, et relatif à une femme de trente-six ans, dont la maladie avait marché rapidement et était arrivée au terme fatal dans l'espace de cinq mois, une grande partie des poumons était encore perméable à l'air, les lésions de l'estomac et des intestins peu considérables, le cerveau sain, l'amaigrissement plus prononcé que dans les cas dont il vient d'être question. Il est remarquable, en effet, que dans ces derniers les malades n'étaient parvenus qu'au deuxième degré de marasme.

Nous devons encore signaler deux circonstances communes à la plupart des observations qui nous occupent, et qu'on ne retrouve pas chez les phthisiques qui ont succombé dans une longue agonie; nous voulons parler des ecchymoses et de la médiocrité de l'épanchement observé dans les ventricules latéraux du cerveau. Ce double fait se retrouve encore dans d'autres cas de mort subite, quand elle a lieu dans le cours d'une convalescence, ou dans d'autres circonstances, sans aucune lésion remarquable des viscères (203).

459. Nous terminerons ce que nous avions à dire au sujet des morts subites, par deux observations analogues, et qui offrent l'exemple d'un ramollissement très-marqué de toute la masse encéphalique.

XLIXe. Observation.

Un marchand fripier, âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, ayant la respiration gênée dès l'enfance, toussait et crachait depuis deux ans, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 9 avril 1823. Dès le début, l'oppression habituelle était devenue beaucoup plus considérable, le malade s'était plaint de douleurs entre les épaules, qui avaient continué d'être plus ou moins vives depuis; d'autres douleurs s'étaient manifestées à l'épigastre et sous les fausses côtes; la jaunisse s'y était jointe, huit à neuf fois, dans les premiers onze mois: depuis, elle n'avait pas reparu, et le malade n'avait éprouvé de douleurs à l'épigastre que par intervalles; avec celles-ci, son appétit avait diminué. Il racontait encore qu'avant le début de la toux et des crachats il était sujet, depuis trente ans, à des coups de sang, indiqués par une faiblesse subite dans les membres, des rougeurs à la face, et des étourdissemens qui disparaissaient promptement. Jamais il n'avait perdu connaissance, et les accès qui, dans les premiers temps, ne se montraient que de loin en loin, s'étaient répétés plus fréquemment dans la suite, toutes les deux ou trois semaines, suivis, dans les six mois qui précédèrent la phthisie, de faiblesse et d'engourdissement dans l'un ou l'autre des côtés du corps, pendant une demi-heure ou une

heure, après quoi les mouvemens reprenaient toute leur liberté.

Le 10 avril, figure maigre et pâle; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; parole un peu brève, mouvement du thorax peu accéléré, toux rare, crachats aplatis, verts et opaques; du côté gauche, et antérieurement, la poitrine ne rendait aucun son, le bruit respiratoire était presque nul, il y avait un râle sec, ou une grosse crépitation sans pectoriloquie: à droite, la respiration semblait se faire comme dans l'état naturel. Le pouls était petit et faible, battait quatre-vingt-huit fois par minute: les frissons, qui depuis trois semaines revenaient régulièrement tous les jours à dix heures du matin, suivis de chaleur et de sueurs, avaient manqué la veille. La langue était humide, sans rougeur; la bouche un peu pâteuse, l'anorexie presque complète, la soif nulle, tout le ventre indolent; il n'y avait pas eu de diarrhée. (Riz; sir. de g.; vésic. à g. de la poitrine; trois riz; deux bouill.)

Les jours suivans, l'état de la circulation et de la respiration ne changèrent pas d'une manière sensible; il y eut de la chaleur dans la soirée, sans frissons préalables, sans chaleur consécutive, et quelques selles liquides.

Dans la journée du 19, le malade éprouva du malaise, sans pouvoir en déterminer la cause; la nuit suivante il y eut un peu de désordre dans l'exercice des facultés intellectuelles. Le 20, à l'heure de la visite, l'assoupissement était considérable, les facultés intellectuelles presque abolies, les pupilles très-étroites, la parole extrêmement embarrassée, les mouvemens

libres à droite et à gauche, la langue humide et non déviée; le pouls à cent trente pulsations par minute, la respiration très-lente. Les mêmes symptômes continuèrent jusqu'à dix heures du soir que le malade mourut.

Ouverture du cadavre, trente-quatre heures après la mort.

État extérieur. Rien de remarquable.

Tête. Plusieurs éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations nées dans l'écartement de ses feuillets. Le tissu sous-arachnoïdien était fort légèrement infiltré; le cerveau pâle, humide, très-mou dans toute sa masse, à-peu-près comme celui d'un enfant de six à huit mois; il y avait une cuillerée et demie de sérosité limpide dans chacun des ventricules latéraux, et beaucoup moins dans les fosses occipitales inférieures. La protubérance annulaire et le cervelet étaient presque aussi mous que le cerveau.

Cou. Larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère d'un rouge vif sur sa portion membraneuse seulement.

Poitrine. Adhérences intimes au sommet du poumon droit, au moyen d'une calotte semi-cartilagineuse d'une à deux lignes d'épaisseur. Vaste excavation dans cette partie, entourée de tubercules et de matière grise demi-transparente; le reste du lobe supérieur presque entièrement transformé en cette dernière. Entre les masses principales de substance grise se trouvait une matière homogène, assez ferme, semblable en quelque sorte, pour la couleur et la

demi-transparence, à une gelée de veau peu colorée, offrant par intervalles un aspect légèrement grenu. Le lobe inférieur n'offrait qu'un petit nombre de tubercules et un léger engouement. Il y avait quelques adhérences au sommet du poumon gauche, dont le lobe supérieur était sans excavations, plus ou moins dur, et d'ailleurs semblable au lobe correspondant du côté gauche. —Les bronches étaient rouges et épaissies de ce dernier côté, supérieurement; minces et d'un rose tendre à droite.

Abdomen. En enlevant la paroi antérieure de l'abdomen, nous déchirâmes, en partie, le fond de la vésicule biliaire qui y adhérait d'une manière très-intime. Cette poche membraneuse dépassait le bord des côtes d'un pouce et demi, contenait deux cents calculs, dont les plus gros avaient le volume d'un pois, et les plus petits celui d'un grain de millet; sa membrane muqueuse était détruite dans l'espace d'un pouce carré, vis-à-vis de l'adhérence et dans une étendue un peu moindre près du col. Ces ulcérations semblaient avoir été faites comme par un emporte-pièce. A leur pourtour et dans le reste de sa surface, la membrane muqueuse était ferme, épaisse d'un demi-millimètre environ, et semblait formée d'un lacis de fibres entrecroisées en mille directions, de manière à offrir, sauf les dimensions, l'aspect des vessies à colonnes; le tissu cellulaire sous-muqueux était épaissi, et celui qui faisait le fond des ulcérations très-cassant. Le canal cystique était fort étroit près de sa réunion avec l'hépathique, et contenait plusieurs calculs: le cholédoque était parfaitement sain. — Le foie, la rate, le pancréas et les reins dans l'état natu-

rel. — Quelques granulations tuberculeuses dans les capsules surrénales. — La membrane muqueuse de l'estomac d'un gris nuancé de rose, mamelonnée dans la plus grande partie de son étendue, un peu plus épaisse dans ces points que là où l'aspect mamelonné n'existait pas; près du pylore, elle était incomplètement détruite dans une petite largeur. — Quelques-unes des plaques elliptiques de l'intestin grêle étaient ulcérées. — La membrane muqueuse du colon, épaissie et ramollie, offrait un assez grand nombre de petites ulcérations qui diminuaient de nombre du cœcum au rectum. Les glandes mésentériques saines.

---

460. Ici, comme dans les deux observations qui précèdent, la cause de la mort presque subite du sujet reste inconnue. Nous n'essaierons pas, en effet, de la rattacher au ramollissement de la masse encéphalique, car nous ignorons à quel degré de mollesse le cerveau ne peut plus entretenir la vie; mais nous observerons que les altérations de consistance sont des plus graves, et qu'on ne saurait y faire une trop grande attention. Les travaux de MM. Rostan et Lallemand ont jeté un grand jour sur les ramollissemens *partiels* du cerveau; reste à savoir maintenant quand un certain degré de ramollissement *général* de ce viscère, toujours facile à reconnaître par les personnes habituées aux recherches d'anatomie pathologique, devra être considéré comme une lésion; et c'est en grande partie pour concourir à la solution de ce problème, que nous allons encore rapporter une observation qui sera aussi un exemple de tubercules latens.

461. L'état du cerveau n'était pas la seule circonstance remarquable du fait qui nous occupe : celui de la membrane muqueuse de l'estomac, mamelonnée dans la plus grande partie de son étendue, épaissie dans les mêmes points, amincie près du pylore, est encore digne d'attention, surtout si on le rapproche des symptômes gastriques éprouvés par le malade pendant les deux années qui ont précédé la mort, c'est-à-dire, des douleurs à l'épigastre plus ou moins fortes, et de la diminution de l'appétit. Ces symptômes conviennent effectivement à la gastrite chronique, et pourraient avoir été l'effet de celle qui a déterminé l'état mamelonné dont il s'agit, bien que les complications doivent nécessairement laisser des doutes sur cette manière de voir. Il faut aussi remarquer l'accord qui existe entre les calculs de la vésicule biliaire, et l'épaississement, l'ulcération de ses parois, les douleurs éprouvées au niveau du bord des fausses côtes, et enfin la jaunisse plusieurs fois renouvelée dans le cours d'une même année.

L^e. Observation.

462. Une cuisinière, âgée de quarante-huit ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint modéré, d'une sensibilité très-vive, avait toujours été bien portante avant la maladie que nous allons rappeler. Ses règles, établies à l'âge de dix-huit ans, avaient cessé à trente, n'avaient jamais paru que toutes les six

semaines, peu abondantes, et pour quelques heures seulement. Trois années avant son admission à l'hôpital, à la suite de chagrins profonds, causés par la perte de ses économies, elle perdit tout-à-coup le sentiment et le mouvement; mais ses facultés intellectuelles ne subirent aucune altération. Résolue à mourir, elle abandonna la maladie à elle-même, et fut à-peu-près dans la même situation pendant deux mois. Après cette époque, elle eut pendant assez long-temps des douleurs dans les membres, et bientôt les pieds et les mains commencèrent à opérer quelques mouvemens. Les progrès en furent lents, de manière que la malade ne put reprendre ses occupations qu'au huitième mois de la maladie. Elle était assez bien portante depuis six mois, quand elle fut prise, sans cause connue, d'un érysipèle à la jambe gauche; un charlatan lui donna des inquiétudes sur les suites de cette affection, et aussitôt se supprimèrent les mucosités nasales, des fleurs blanches établies depuis l'enfance et un crachement de sang, qui existait depuis la même époque, revenait soir et matin, et était attribué par la malade au mauvais état de ses gencives. L'épistaxis à laquelle elle était fort sujette ne revint plus; elle éprouva de la pesanteur dans les sinus frontaux, perdit l'odorat et le goût, mais conserva l'appétit : les évacuations supprimées ne se rétablirent pas, et la malade ne recouvra plus sa gaîté.

Trois semaines avant son admission à l'hôpital, elle avait été prise d'une céphalalgie assez intense pour garder le lit cinq jours de suite, de chaleur et de soif, sans autres symptômes. Elle n'était point sujette au rhume, et ne toussait pas.

Le 16 février 1822, lendemain de son entrée à l'hôpital de la Charité, les facultés intellectuelles étaient dans un état parfait d'intégrité, la céphalalgie peu considérable, le goût et l'odorat entièrement abolis, le nez très-élargi à sa base et sur ses parties latérales. La malade attribuait cet élargissement à l'habitude prise, depuis qu'elle ne se mouchait plus, d'extraire, avec ses doigts, le mucus desséché des fosses nasales; ses forces avaient peu diminué. La langue était dans l'état naturel, la soif assez vive, l'appétit faible, les selles naturelles; le pouls calme, la chaleur douce, la respiration libre, l'embonpoint modéré. (Douce-amère; bains sulfur.; vésicat. au bras; demi-quart de portion).

La céphalalgie se dissipa tout-à-fait, puis reparut, quoique à un faible degré, le 20 du même mois, à la suite de l'impression d'un air froid. Le 22, elle avait sensiblement diminué, l'appétit se prononçait, et la soif était dans l'état naturel. Le 23, rien de remarquable. Le 24, à dix heures du soir, la malade se plaignit d'éprouver de la chaleur, du mal-aise, un sentiment de gonflement à la face, et à minuit elle était morte.

Ouverture du cadavre, trente-deux heures après la mort.

État extérieur. Quelques ecchymoses à la surface du corps, roideur cadavérique très-prononcée.

Tête. Cerveau pâle sans la plus légère trace d'injection, d'une mollesse extrême, pareille à celle du cerveau de l'enfant nouveau-né, dans toute sa masse;

les nerfs olfactifs dans l'état naturel. La membrane muqueuse des fosses nasales saine : celle des sinus frontaux et maxillaires avait une ligne et demie d'épaisseur, était comme infiltrée, demi-transparente, ferme, et d'une couleur de gelée de pomme. Il n'y avait point de mucus desséché dans ces parties.

Cou. La glotte, l'épiglotte et le larynx dans l'état naturel.

Poitrine. Quelques adhérences au sommet du poumon gauche; cinq tubercules, non ramollis, de la grosseur d'une noisette, à son sommet, entourés d'un peu de matière grise demi-transparente; dans leurs interstices, quatre noyaux d'une matière osséo-terreuse. Un peu d'engouement au bord postérieur des deux poumons. Les bronches pâles et minces.

Abdomen. La face convexe du foie était inégale, sillonnée plus ou moins profondément en divers sens, de manière à rappeler les circonvolutions cérébrales : le tissu de ce viscère était sain et un peu gorgé de sang, vers sa grosse extrémité surtout. — La membrane muqueuse de l'estomac était d'un gris ardoisé, nuancé de rose dans quelques points. — Celle de l'intestin grêle dans l'état naturel. — Les reins contenaient beaucoup de sang. — La rate était ferme, volumineuse et un peu pâle. — Le reste parfaitement sain.

---

463. Sans vouloir assigner la cause de la mort subite du sujet qui nous occupe, nous remarquerons que si cette observation offre avec la précédente beaucoup d'analogie relativement à l'état du cerveau,

elle n'en offre pas moins par rapport aux symptômes cérébraux observés. Les deux malades avaient à-peu-près le même âge, quarante-huit et cinquante-quatre ans : le cerveau qui, à cette époque de la vie, est très-consistant, était chez eux, bien que morts d'une manière subite, dans le dernier cas surtout, extrêmement mou, comme celui d'un enfant nouveau-né, ou à-peu-près. Une consistance aussi éloignée de celle qui est naturelle, nous semble un véritable état pathologique ; et les symptômes qui ont eu lieu à une certaine époque de la vie du malade, paraissent confirmer cette assertion, puisqu'ils n'ont pu avoir d'autre cause que le cerveau. D'une part, c'était des éblouissemens, de la chaleur à la face, une faiblesse subite dans les membres, qui duraient peu et s'étaient fréquemment renouvelés dans l'espace de trente ans ; ces accès s'étaient rapprochés dans les six derniers mois de leur existence, et alors il s'y était joint un engourdissement des membres, qui durait une demi-heure, après quoi les mouvemens redevenaient libres : à aucune époque, les facultés intellectuelles n'avaient subi d'altération. De l'autre, il y avait eu, trois années avant la mort, paralysie complète du sentiment et du mouvement ; cet état avait duré deux mois, n'avait disparu complètement qu'au huitième, et comme dans le cas précédent, les facultés intellectuelles étaient demeurées dans un état d'intégrité parfait : chez l'un et l'autre sujet, les accidens cérébraux avaient cessé deux années avant la mort. S'il n'y a pas ressemblance exacte entre les symptômes, du moins y a-t-il beaucoup d'analogie ; et là où les symptômes cérébraux avaient eu le plus

d'intensité, là aussi le ramollissement du cerveau était le plus considérable; en sorte qu'il est presque impossible de ne pas croire à une dépendance entre l'état pathologique de ce viscère et les symptômes dont il s'agit. — Si ce rapprochement ne suffit pas pour produire la conviction, il pourra du moins appeler l'attention des observateurs sur ce point, et ça été, comme nous l'avons dit, notre principal but.

464. Nous n'insisterons pas sur la disparition subite des évacuations nasales, buccales, etc.; mais nous remarquerons qu'il y avait des tubercules dans le poumon gauche, qu'ils avaient été latens, n'avaient pas excité de toux, que la malade n'était point sujette au catarrhe pulmonaire, que les bronches étaient parfaitement *saines*, que par conséquent les tubercules ne pouvaient pas être considérés comme le produit de leur inflammation chronique.

Comme dans la plupart des observations de mort subite que nous avons rapportées, il y avait des vergetures aux membres.

Chapitre IX.

DES CAUSES DE LA PHTHISIE.

464. La connaissance des causes est, sans contredit, une des plus importantes qu'on puisse se proposer en médecine; car, si elle n'est pas toujours d'une grande utilité dans le traitement des maladies, elle permet

du moins assez souvent de les éviter, et sous ce rapport, on conçoit tout l'intérêt que peut exciter l'étude des causes de la phthisie et comment leur recherche a exercé la sagacité des observateurs. Malheureusement, ici comme en beaucoup d'autres circonstances, il est plus facile d'affirmer que de prouver, de combattre l'erreur que de découvrir la vérité, en sorte que jusqu'à présent on n'a rien dit de bien satisfaisant à ce sujet. Nos observations ne nous ont pas appris la cause des tubercules pulmonaires, mais elles nous ont amené à des conclusions opposées à la doctrine de l'irritation, et nous croyons utile par cela même d'exposer le résultat des recherches auxquelles nous nous sommes livré à cet égard.

465. Nous examinerons successivement l'influence du sexe, de la péripneumonie, de la pleurésie, du catharrhe pulmonaire, etc., sur la phthisie.

Influence du sexe.

466. Les cent vingt-trois observations dont nous avons donné l'analyse ont été recueillies, comme il a été dit, dans l'intervalle de plus de trois années, dans un service de quarante-huit lits également partagés entre l'un et l'autre sexe. Des cent vingt-trois cas dont il s'agit, soixante-dix appartiennent aux femmes, et cinquante-sept aux hommes, de manière qu'il semblerait résulter de ce premier fait que les femmes sont un peu plus exposées à la phthisie que les hommes. Cet aperçu se trouve encore fortifié par un autre fait que voici : sur un égal nombre d'hommes et de femmes qui avaient succombé à des

affections chroniques différentes de la phthisie, nous avons trouvé un certain nombre de tubercules dans les poumons, vingt-cinq fois chez les femmes, et quinze fois seulement chez les hommes; c'est-à-dire, en réunissant les deux ordres de faits dont il s'agit, que le nombre des phthisiques chez les hommes et chez les femmes était comme 70 est à 92; différence assez considérable, comme on voit, en faveur du sexe le plus faible.

Influence de la péripneumonie et de la pleurésie.

467. De quatre-vingts phthisiques dont nous avons recherché avec soin les maladies antérieures au début de l'affection tuberculeuse, trois avaient eu, quatre années avant de mourir, une péripneumonie, et dès lors la toux et les crachats n'avaient pas discontinué; quatre avaient eu la même maladie, trois, six et quinze années avant l'apparition des premiers symptômes de la phthisie, sans avoir été plus sujets au rhume dans ce laps de temps qu'à une époque antérieure, et sans avoir eu de dyspnée : tous étaient d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, c'est-à-dire, qu'ils réunissaient deux des principales circonstances que les médecins regardent comme des prédispositions à la phthisie. Ces observations se détruisent en quelque sorte mutuellement sous le point de vue qui nous occupe, et si l'on pouvait en déduire une conséquence, ce serait que la péripneumonie est sans influence sur le développement de la phthisie.

468. Sans doute on dira que cette conclusion est démentie par une foule de faits, et en particulier

par les observations de M. Broussais. Sans contester l'exactitude de ces observations, il nous semble qu'elles ne disent pas tout ce qu'on leur fait dire. La pleurésie et la péripneumonie aiguë ou chronique sont très-fréquentes aux armées : M. Broussais, qui a ouvert un grand nombre de sujets morts de l'une ou de l'autre maladie, a trouvé chez plusieurs d'entre eux des tubercules dans les poumons, et il a cru en découvrir la cause dans la péripneumonie et dans la pleurésie. Pour que cette conclusion fût rigoureuse, il aurait fallu dresser des tableaux de mortalité, et voir si, parmi les individus morts dans les hôpitaux militaires, la proportion de ceux chez lesquels on trouvait des tubercules dans les poumons était plus grande que parmi les sujets qui meurent à *la même époque* de la vie dans les hôpitaux civils, au sein de la paix. Jusque là il est bien clair que la proposition qui nous occupe est conjecturale, puisqu'au lieu d'y avoir dépendance, il pourrait bien n'exister qu'une simple coïncidence entre deux maladies d'ailleurs très-différentes ; et cela est d'autant plus vraisemblable, que la période de la vie dans laquelle la phthisie est la plus commune, est celle de vingt à trente ans (481). précisément celle dans laquelle M. Broussais a si souvent observé la péripneumonie et la pleurésie.

Non-seulement les observations que nous venons de rappeler ne prouvent pas que la péripneumonie soit une cause de tubercules, mais l'histoire de cette phlegmasie nous semble prouver tout le contraire. En effet (Bayle), elle se développe le plus ordinairement de la base au sommet des poumons, et les tubercules pulmonaires se développent presque constamment

d'une manière inverse : la péripneumonie occupe rarement les deux côtés de la poitrine, la phthisie existe presque toujours dans les deux poumons : la phthisie est moins fréquente chez l'homme que chez la femme, c'est l'inverse pour la péripneumonie. Sur soixante-quinze malades atteints de cette dernière affection, et dont nous avons recueilli l'histoire dans les trois dernières années, vingt-trois seulement étaient du sexe féminin ; dix-huit ont succombé, quinze parmi les hommes et trois parmi les femmes.

469. Les mêmes réflexions s'appliquent à la pleurésie. Nous l'avons rencontrée plus souvent chez l'homme que chez la femme, elle n'occupe ordinairement qu'un des côtés de la poitrine, et si plusieurs fois nous avons trouvé sur des sujets morts de pleurésie chronique des granulations tuberculeuses dans les poumons, il y en avait autant du côté où la pleurésie existait que du côté où elle n'existait pas.

470. Ces faits sont, comme on voit bien, opposés à la doctrine de l'irritation. Nous ne prétendons pas néanmoins que la péripneumonie ne *puisse* avoir aucune influence sur le développement des tubercules pulmonaires, car qui peut assigner les bornes du possible? mais cette influence nous paraît encore très-conjecturale, et nous ne croyons possible de la démontrer, si elle existe, qu'au moyen des tableaux de mortalité dont nous parlions tout à l'heure, et dans lesquels on comparerait les maladies d'individus morts dans des circonstances différentes et bien déterminées. Toutefois en supposant, dès à présent, cette influence aussi positive qu'elle est douteuse, on ne saurait la croire bien considérable, puisque sur un

assez grand nombre de faits recueillis avec soin, nous n'en avons point trouvé en sa faveur.

Influence du catarrhe pulmonaire.

471. Cette influence ne nous semble pas mieux démontrée que celle de la péripneumonie. Des quatre-vingts malades qui avaient pu nous rendre compte des affections qu'ils avaient éprouvées antérieurement au début de la phthisie, vingt-trois seulement étaient forts sujets au catarrhe pulmonaire, cinquante-deux, ou les deux tiers environ, en étaient rarement atteints. Que conclure de là ? sinon que la phthisie se développe indifféremment chez les personnes sujettes au catarrhe pulmonaire et chez celles qui n'y sont pas exposées; que par conséquent on ne saurait la considérer comme une des suites de cette dernière maladie, qu'il n'y a pas de relation évidente entre elles.

On arrive encore à la même conclusion par un nouvel ordre de faits. Les femmes qui, d'après nos observations, semblent plus exposées à la phthisie que les hommes, sont moins sujettes au catarrhe pulmonaire, du moins à celui qui est assez fort pour exiger quelques soins. Sur cent quarante-neuf cas de cette affection, recueillis par nous dans les trois dernières années, cinquante-deux seulement, ou le tiers environ, appartenaient aux femmes.

472. Ainsi, soit que l'on étudie l'inflammation du parenchyme pulmonaire, ou celle de la membrane muqueuse des bronches, relativement à la phthisie, on arrive au même résultat : *le sexe qui semble le*

plus exposé à la phthisie, est le moins sujet à l'une ou à l'autre de ces phlegmasies, et cela dans la proportion d'un à trois.

Pour considérer désormais les tubercules pulmonaires comme le résultat de l'inflammation chronique des bronches, du parenchyme pulmonaire ou des plèvres, les considérations de toute espèce sont insuffisantes; la proposition qui précède ne peut être détruite que par une série d'observations plus nombreuses que celles que nous avons recueillies, et qui prouve que le hasard avait amené les faits dans la proportion indiquée.

473. Que si, contre toute vraisemblance, on trouvait la différence de proportion des phthisiques dans l'un et l'autre sexe trop peu considérable pour en tenir compte, nos remarques n'en subsisteraient pas moins, puisqu'il n'y aurait toujours aucun rapport entre la fréquence de la phthisie et celle du catarrhe pulmonaire ou de la péripneumonie, chez l'homme et chez la femme.

474. Mais quand bien même on serait parvenu à démontrer, par une suite de faits bien observés, que ces deux affections exercent une influence directe sur le développement de la phthisie, on n'aurait pas encore prouvé qu'elles en sont la cause nécessaire, que sans l'une ou l'autre d'entre elles, la phthisie ne saurait avoir lieu; et nos observations de phthisie aiguë nous semblent prouver directement le contraire. La première est relative à une jeune personne qui n'était pas sujette au rhume (Obs. 33), n'avait jamais eu de péripneumonie, était parfaitement bien portante au moment où elle fut prise d'une fièvre assez forte,

bientôt suivie de toux et de crachats : elle mourut au trente-cinquième jour de sa maladie, au vingt-cinquième de la toux ; et à l'ouverture du cadavre, on trouva une grande masse de matière tuberculeuse à la base de l'un des poumons, ramollie, vidée en partie, des granulations grises, etc., etc. Ici, évidemment les granulations, la matière tuberculeuse, n'étaient pas l'effet d'une inflammation des bronches; pour le soutenir, il faudrait avoir prouvé qu'une bronchite d'un jour peut donner lieu à la formation d'un plus ou moins grand nombre de tubercules, etc. Mais nous respectons trop le lecteur pour lui prêter cette manière de voir, ou faire d'autres suppositions également invraisemblables, et nous considérons comme aussi bien démontré que chose puisse l'être, que dans le cas dont il s'agit, le développement de la phthisie était indépendant de toute espèce d'inflammation.

475. Les autres observations de phthisie aiguë parlent tout aussi clairement ; nous citerons en particulier la 34e., qui a pour objet un homme habituellement bien portant, pris tout-à-coup, sans cause connue, au milieu d'un état de santé très-satisfaisant, de fièvre, puis de toux, et qui mourut au trentième jour de sa maladie. Ses poumons étaient remplis d'une immense quantité de granulations grises demi-transparentes, et la membrane muqueuse des bronches *parfaitement saine*, sauf une légère couleur violacée, qu'on ne pouvait attribuer qu'à la stasé du sang dans les derniers momens de la vie, et qu'on observe fréquemment dans beaucoup de cas de mort subite. Nous rappellerons encore la 35e. observation, relative à un jeune homme de dix-neuf ans, très-bien portant au moment

où il fut pris, sans cause connue, de toux avec fièvre, et chez lequel il y avait déjà tant de matière tuberculeuse dans les poumons au vingtième jour de l'affection, qu'elle obscurcissait le son de la poitrine à cette époque. Nous pourrions en dire autant des 36e. et 37e. observations, et surtout de la 10e. *bis*, dans laquelle le son de la poitrine était obscur sous la clavicule droite au dix-septième jour de la maladie, bien que dans ce dernier cas l'affection n'ait pas marché d'une manière si rapide vers le terme fatal : en sorte que, sur cent vingt-trois sujets, six, c'est-à-dire la vingtième partie, offraient la preuve directe que la phthisie peut se développer indépendamment de toute affection inflammatoire du parenchyme pulmonaire ou de la membrane muqueuse des bronches.

476. Ce fait résulte encore de presque toutes nos observations de phthisie latente. Les individus qui sont l'objet de trois d'entre elles (Obs. 27, 28, 29.), avaient une phthisie simple; chez eux la toux et les crachats avaient été devancés, pendant six mois ou un an, par une fièvre continue, plus ou moins exactement rémittente; et, à raison du défaut de complications, nous avons vu que cette fièvre ne pouvait être que le résultat de l'action d'un certain nombre de tubercules, développés indépendamment d'une péripneumonie ou d'un catarrhe pulmonaire, qui n'existaient pas alors. A l'appui de notre assertion, vient encore la 4e. observation, dans laquelle la toux et les crachats n'ont débuté qu'au quatrième mois d'une diarrhée intense, et n'ont précédé la mort que de six semaines. Ici, en effet, la grandeur et la structure des excavations pulmonaires montraient, à n'en

pas douter, que le développement de la matière tuberculeuse était antérieur à la toux. Celle-ci en était donc le résultat et non la cause.

477. Ainsi, non-seulement l'influence de la péripneumonie, de la pleurésie et du catarrhe pulmonaire sur le développement de la phthisie n'est pas démontrée, mais nos observations portent à croire que cette influence est imaginaire, ou que, si elle existe, elle se trouve resserrée dans des limites très-étroites ; et nous venons de prouver, ce nous semble, que dans la douzième partie des cas offerts à nos recherches, les tubercules pulmonaires s'étaient développés indépendamment de toute espèce d'inflammation du parenchyme pulmonaire, des plèvres ou des bronches.

Toutefois il faut convenir qu'à raison de la lenteur de la marche de la phthisie dans la plupart des cas, de la ressemblance de ses symptômes avec ceux du catarrhe pulmonaire simple à son début, et de l'état plus ou moins inflammatoire d'une partie des bronches chez les phthisiques ; il faut convenir, disons-nous, qu'il n'est pas étonnant que beaucoup de médecins pensent que l'inflammation, surtout celle de la membrane muqueuse des bronches, soit la cause des tubercules ; mais cette opinion, du moins pour la plus grande partie des cas, ne nous semble plus pouvoir exister.

478. Il est d'ailleurs un fait non moins certain que les précédens, qui les confirme, et pourrait jusqu'à un certain point les remplacer tous, c'est que, ainsi que nous l'avons dit plus haut (36), les bronches sont ordinairement saines près des tubercules crus ou des masses de matière grise demi-transparente (Obs. 29, etc.) ;

que la rougeur et l'épaississement de celles qui communiquent avec les cavités tuberculeuses semblent, par cela même, l'effet du passage continuel de la matière contenue dans les excavations, et que, chez les sujets qui succombent à une affection différente de la phthisie, mais avec des tubercules crus ou des granulations grises dans les poumons (Obs. 50.), on trouve presque toujours les bronches parfaitement saines, sous le rapport de la couleur et de l'épaisseur. Les faits de ce genre ne sont pas rares : dernièrement encore nous en avons observé plusieurs ; et il suffit d'avoir été témoin d'un seul d'entre eux, pour être convaincu de l'indépendance où sont, dans bien des cas, les tubercules pulmonaires, de l'inflammation.

Influence des Vêtemens.

479. L'influence des vêtemens, et en particulier celle des corsets, sur la phthisie, n'est peut-être qu'une assertion sans preuves. Plusieurs des femmes soumises à notre observation avaient la respiration gênée longtemps avant d'être phthisiques ; mais le nombre d'hommes qui se trouvaient dans le même cas n'était pas moins considérable ; en sorte que quand on admettrait une liaison entre cet état et le développement de la phthisie, on ne serait pas autorisé, dans le cas où les femmes auraient porté des corsets dès leur plus tendre jeunesse, à la leur attribuer. D'ailleurs, la plupart de celles que nous avons observées avaient été élevées à la campagne, s'étaient livrées aux travaux champêtres, et n'avaient porté de corsets qu'après leur arrivée à Paris, quand déjà elles avaient pris tout

leur développement, c'est-à-dire à une époque où l'influence des corsets sur les dimensions de la poitrine ne peut pas être considérable. En supposant néanmoins que cette influence soit réelle, on sent combien il serait difficile d'en donner la preuve, puisqu'il faudrait pour cela comparer entre elles un grand nombre de femmes de même condition, dont les unes auraient mis des corsets de très-bonne heure, les autres à la fin de l'accroissement, et voir si la proportion des phthisiques est plus considérable dans un des cas que dans l'autre. L'influence des corsets sur la phthisie, et en général celle des choses qui nuisent au développement du corps, est d'autant plus douteuse, que l'affection tuberculeuse se trouve à-peu-près également fréquente chez les sujets d'une constitution forte et chez ceux qui ont une constitution faible.

Influence de l'Hérédité.

480. La dixième partie des sujets que nous avons observés étaient nés de parens, père ou mère, qui, suivant toutes les apparences avaient succombé à la phthisie : mais comme cette maladie pouvait également bien leur avoir été transmise ou s'être développée chez eux spontanément, et que nous n'avons pu savoir le genre de mort de leurs frères ou sœurs, il en résulte que nous n'avons réellement recueilli aucun fait en faveur de l'hérédité de la phthisie. Nous ne voulons pas dire par là que l'influence de l'hérédité soit douteuse, trop d'exemples paraissent justifier l'opinion des auteurs à cet égard ; nous observerons même que la proportion des phthisiques, nés de parens morts de la même

affection, est probablement au-dessous de la vérité dans nos notes, vu qu'il n'est pas toujours possible de savoir des malades qui viennent dans les hôpitaux l'espèce d'affection à laquelle leurs parens ont succombé ; mais nous croyons que, pour mettre l'influence de l'hérédité dans tout son jour et connaître exactement le degré dans lequel elle a lieu, il faudrait dresser des tableaux de mortalité dans lesquels on comparerait un égal nombre de sujets nés de phthisiques et de personnes qui ne l'étaient pas.

Influence de l'Age.

481. Celle-ci est bien constatée. Le nombre des individus morts phthisiques est plus considérable de vingt à quarante ans, que de quarante à soixante, bien que la mortalité absolue soit moindre dans la première que dans la seconde de ces périodes. Ce fait avait déjà été constaté par Bayle, et nos observations le confirment tout en donnant des résultats un peu différens de ceux qu'il a exposés.

Ainsi, dans nos observations, la phthisie s'est partagée de la manière suivante :

Age.	Nombre de morts.	Age.	Nombre de morts.
De 15 à 20	11	De 40 à 50	23
De 20 à 30	39	De 50 à 60	12
De 30 à 40	33	De 60 à 70	5

Et d'après les observations de Bayle :

Age.	Nombre de morts.	Age.	Nombre de morts.
De 15 à 20	10	De 40 à 50	21
De 20 à 30	23	De 50 à 60	15
De 30 à 40	23	De 60 à 70	8

Chapitre X.

TRAITEMENT.

482. Le traitement était simple et varié suivant les indications. Celles-ci étaient déterminées par l'état des fonctions et par les divers accidens qui venaient compliquer la marche de l'affection principale.

483. Quand les malades arrivaient à l'hôpital sans fièvre, ou presque sans fièvre, qu'il n'y avait point de complication du côté de la poitrine (pleurésie, péripneumonie, hémoptysie), que les fonctions digestives étaient en assez bon état, on ordonnait, quelle que fût la période de la maladie, une infusion de lichen, une potion gommeuse, et souvent une petite dose de sirop diacode, pour calmer la toux et procurer un peu de sommeil. On accordait le quart ou le demi-quart de portion, suivant l'appétit; puis on augmentait ou l'on diminuait la dose des alimens, à mesure que le besoin semblait l'exiger.

484. Quand la fièvre était plus ou moins forte, sans symptômes inflammatoires néanmoins, comme cela arrivait dans la seconde période, on ordonnait une infusion de fleurs pectorales, une potion gommeuse, quelques bouillons avec une ou deux demi-crêmes de riz, dans la journée. Sous l'influence de ce régime le mouvement fébrile baissait un peu, toutes les fonctions s'amélioraient dans une mesure quelconque :

la soif devenait moins considérable, l'appétit se relevait, l'oppression diminuait, les crachats prenaient un meilleur aspect, l'expectoration devenait plus facile; on proportionnait les alimens à l'état général du sujet et à celui de l'estomac, on ordonnait des légumes et souvent du lait. Cette amélioration persistait plus ou moins, et au bout d'un certain temps il survenait presque toujours quelque accident auquel il fallait opposer de nouveaux moyens.

485. Si les malades venaient à l'hôpital peu après le début de l'affection, et qu'elle se présentât sous une forme plus ou moins aiguë, on prescrivait une infusion de violette, une potion gommeuse simple; la diète, et ordinairement une saignée plus ou moins forte. On appliquait aussi des sangsues à la vulve chez les femmes dont les règles étaient supprimées, ou avaient toujours été plus ou moins irrégulières et peu abondantes, si la maladie, sans être à son début, ni avoir une marche trop rapide, n'était pas non plus très-ancienne, et était accompagnée d'une fièvre plus ou moins forte. Mais dans ces différens cas, les émissions sanguines n'avaient point d'influence, ou avaient seulement une influence très-momentanée sur l'affection, qui continuait à marcher à-peu-près de la même manière qu'auparavant.

489. Quand la *toux* était très-incommode pendant la nuit, elle attirait d'une manière spéciale l'attention du médecin, qui ordonnait d'abord une once ou une demi-once de sirop diacode dans la soirée, et s'il ne réussissait pas, une potion gommeuse à laquelle on ajoutait, suivant les cas et par degrés, un, deux, ou même trois grains d'extrait gommeux d'opium. Dans quelques-

uns : des cas où ce médicament fut sans succès, on employa l'acétate de morphine tout aussi infructueusement, et il en a été de même de l'extrait de belladone. Quatre malades auxquels on avait inutilement donné l'opium sous toutes les formes, en prirent à la dose d'un à deux grains dans la journée, sans diminution sensible de la toux; et chez trois d'entre eux, on fut obligé de le supprimer après deux ou trois jours d'usage, à raison des douleurs de gorge qu'il occasionait. Ces douleurs étaient piquantes, accompagnées d'un sentiment de sécheresse, quelquefois d'un peu d'enrouement, et survenaient une demi-heure, une heure, quelquefois plus tôt, après la prise du médicament, qui était administré sous forme pilulaire : en même temps, la déglutition était gênée, sans qu'il y eût de rougeur au pharynx ou aux amygdales. Ces accidens se renouvelaient toutes les fois que les malades prenaient de la belladone, et persistaient deux ou trois heures.

487. Les *douleurs pleurétiques* un peu intenses exigeaient, quelle que fût l'époque de leur apparition, des soins particuliers. Si elles survenaient à une époque encore peu avancée de la maladie, et qu'elles donnassent lieu à un mouvement fébrile plus ou moins intense, on prescrivait une ou plusieurs saignées, suivant la force du sujet et la violence des symptômes; on appliquait des sangsues, puis enfin un vésicatoire sur le point douloureux. A l'aide de ces moyens on voyait les accidens diminuer, mais non disparaître entièrement; la résorption de l'épanchement n'était pas complète, et les douleurs reparaissaient plus ou moins fréquemment dans la suite. A une époque plus avan-

cée, quand la maigreur et l'affaiblissement étaient déjà considérables, on appliquait seulement quelques sangsues, ou même un simple vésicatoire de peu d'étendue, au côté douloureux.

On suivait, dans les mêmes circonstances, la même méthode de traitement, quand il y avait complication de symptômes *péripneumoniques* plus ou moins intenses; et comme nous l'avons dit, avec succès.

488. On recourait encore à la saignée, quand il y avait une *hémoptysie* forte; mais quoiqu'on l'ait prodiguée en quelque sorte chez trois individus (Obs. 16, 42), le crachement de sang persista comme si on ne lui eût opposé aucun moyen curatif, reparaissant après la saignée, au milieu du calme le plus parfait, comme si les malades eussent commis quelque faute de régime. Dans un cas (Obs. 10), on a fini par appliquer entre les épaules un large vésicatoire qui n'a pas eu de succès évident; dans un autre (Obs. 42), l'hémorrhagie n'a cessé qu'après l'administration d'un demi-gros de ratanhia dans une potion gommeuse. Au premier jour de l'usage de ce nouveau moyen, l'hémoptysie diminua beaucoup, et au troisième elle avait entièrement cessé. — Si le crachement de sang était peu considérable, que les crachats fussent seulement nuancés de rouge, et les forces très-diminuées, on se bornait ordinairement aux boissons émulsionnées, aux manuluves, aux pédiluves, aux lavemens et à la diète. Dans quelques cas de ce genre où on a pratiqué une saignée d'une palette ou deux palettes et demie, le succès a été évident, les crachats ont cessé d'être teints de sang, presque aussitôt l'ouverture de la veine.

489. Chez six individus qui éprouvaient une *dyspnée* considérable, sans avoir de symptômes de maladie du cœur ou d'une affection aiguë des poumons, on a appliqué sur la partie moyenne et antérieure de la poitrine des vésicatoires, qui n'ont soulagé que dans deux cas. Dans ceux où cette espèce d'exutoire a été appliquée aux bras, les malades ne nous ont paru en retirer aucune sorte d'avantage, soit que le vésicatoire eût été mis avant ou après leur admission à l'hôpital. Dans quatre cas de phthisie aiguë, des vésicatoires ont encore été appliqués à la poitrine, à la suite d'une ou plusieurs saignées, sans diminution de l'étouffement, de la fièvre ou de la toux; en sorte que la saignée et les dérivatifs n'ont véritablement eu aucun succès, du moins appréciable, dans la plupart des cas soumis à notre observation.

490. Dans trois de ceux où l'altération de la voix et des douleurs au larynx indiquaient l'existence d'une ulcération dans cette partie, on a répété deux fois l'application des sangsues vis-à-vis le point douloureux, puis on y a mis un vésicatoire, sans aucun avantage pour les malades. On n'a rien opposé aux ulcérations de la trachée-artère, qu'aucun symptôme n'annonce ordinairement; mais à raison de leur fréquence et de celles de l'épiglotte et du larynx, il y aurait peut-être quelque avantage à employer des vapeurs médicamenteuses, à une certaine époque de la phthisie.

491. Quelques malades souffrant beaucoup de la violence des *frissons*, qui revenaient à heure à-peu-près fixe, prirent plusieurs doses de sulfate de kinine: les frissons diminuèrent ou disparurent complète-

ment à la suite de l'administration du fébrifuge, mais la chaleur persista, et les frissons revinrent peu après la cessation du médicament. Dans un cas (Obs. 41), on fut obligé de le supprimer promptement, à raison de l'anxiété qu'il causait à l'épigastre; etc., etc.

492. Dans l'intention d'arrêter des *sueurs* très-copieuses, on essaya sur six sujets l'acétate de plomb, porté successivement à la dose de douze ou quinze grains par jour, et, à l'exception d'un cas, sans succès. Chez un des malades, il fut remplacé successivement par une infusion de kina ou de menthe, et tout aussi infructueusement.

493. Assez souvent l'*estomac* était l'objet spécial du traitement. Dans quelques cas où il était le siége de douleurs plus ou moins vives, accompagnées de chaleur, quand les malades n'étaient pas encore réduits au dernier degré de marasme et de faiblesse, on fit appliquer des sangsues à l'épigastre : les douleurs en furent diminuées, mais pour peu de temps, et bientôt il s'y joignit des nausées et des vomissemens de bile. Quand les forces étaient très-diminuées, on s'en tenait, pour tous ces symptômes, aux boissons et aux applications émollientes; on prescrivait la solution de sirop de gomme ou de sirop tartareux, si la soif était considérable; mais presque toujours les malades se dégoûtaient promptement de ces boissons qui, toutes, même les plus légères, comme l'eau sucrée, leur paraissaient lourdes et difficiles à digérer. L'eau de Seltz coupée diminuait les vomissemens pour quelques jours, puis avait le même sort que les autres boissons. L'opium, sous toutes les formes, ne calmait ni les douleurs, ni les vomissemens, qui prove-

naient presque toujours, comme nous l'avons vu, du ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

494. Quand la *diarrhée* était peu considérable, on prescrivait l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme, et on diminuait la quantité des alimens. Dans un degré supérieur, on substituait au sirop de gomme celui de coing. Quelquefois à l'aide de ces moyens la diarrhée restait stationnaire ou même était suspendue pour quelque temps; mais le plus ordinairement elle augmentait, et si alors l'état de la membrane muqueuse de l'estomac le permettait, on lui opposait la décoction blanche et le diascordium avec ou sans opium, et le plus ordinairement sans succès. — Vingt-cinq de nos malades ont été soumis à cette médication, de douze à quarante-huit jours avant le terme fatal. Ils se partageaient naturellement en trois classes : chez les uns, il y avait des ulcérations peu considérables dans l'un ou l'autre intestin, ou dans les deux, avec un ramollissement ordinairement très-marqué de la membrane muqueuse du colon, souvent rouge et épaissie; chez les autres, les ulcérations étaient considérables, et le ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin à-peu-près au même degré que dans la première classe; enfin, dans une troisième, cette membrane muqueuse était seulement un peu ramollie, sans ulcération et sans rougeur. Dans la première classe, qui comprend quinze cas, la diminution de la diarrhée a suivi de près l'usage du diascordium chez trois sujets, et s'est maintenue jusqu'à la mort : le ramollissement était peu considérable dans un des cas.

Dans la seconde, le même succès a été obtenu sur deux des huit sujets qui la composent, et chez l'un d'eux le désordre était borné à une large ulcération du cœcum. Enfin, un des deux malades de la troisième classe, qui avait beaucoup de diarrhée avant l'administration du diascordium, en a eu fort peu du moment où il lui fut prescrit, quarante jours avant la mort; de manière que sur vingt-cinq malades, six seulement paraissent avoir retiré quelque avantage de l'emploi du diascordium ; encore faut-il dire que dans trois cas où la membrane muqueuse du colon était plus ou moins ulcérée, ramollie et épaissie, l'augmentation du dévoiement a suivi de près l'usage du remède.

On a aussi essayé dans le même but la décoction de cachou, à la dose de deux tasses dans la journée. Seize de nos malades en ont pris; cinq d'entre eux, dans le dernier degré de faiblesse, quatre à cinq jours avant la mort, à une époque à laquelle l'action des médicamens est trop difficile à apprécier, pour que nous puissions en tenir compte. Des onze autres qui ont commencé l'usage du cachou, deux à trois semaines avant le terme fatal, cinq ont paru en retirer quelque avantage. Chez l'un d'eux néanmoins, la diminution, puis la cessation de la diarrhée, furent immédiatement suivies de mal-aise, d'anxiété, de soif, d'ardeur au gosier, etc. ; en sorte que la malade, au lieu de se réjouir de la disparition de son dévoiement, s'en plaignait. Nous trouvâmes, à l'ouverture de son corps, des traces évidentes d'une inflammation récente de la membrane muqueuse de l'estomac et de la trachée-artère (lésions qui surviennent très-souvent d'une

manière spontanée, et qui pourraient fort bien ici reconnaître une cause étrangère à l'action du médicament) ; puis un grand nombre d'ulcérations intestinales, avec ramollissement de la membrane muqueuse du colon. Ces dernières lésions existaient dans les autres cas. — Le ratanhia fut employé dans les mêmes circonstances chez un des malades, sans le moindre succès. Enfin, l'opium seul, à la dose d'un à deux grains dans la journée, fut prescrit chez cinq sujets, et la diarrhée ne diminua, consécutivement à son usage, que chez l'un d'eux.

Ainsi, le diascordium, le cachou, l'opium, ont eu en apparence les mêmes effets sur la diarrhée des phthisiques parvenus à une *époque avancée* de la maladie ; et à raison de la différence qui existe entre la manière d'agir du cachou et de l'opium, on pourrait soupçonner que les succès dont nous avons parlé, sont plus apparens que réels.

Nous remarquerons à ce sujet qu'il serait peut-être convenable, dans la dernière période des maladies chroniques, et de la phthisie en particulier, de bannir du traitement de la diarrhée toute espèce de stimulant, vu que, d'après les faits rapportés dans la première partie de cet ouvrage, cette diarrhée tient en grande partie, dans la plupart des cas, à un état inflammatoire de la membrane muqueuse du gros intestin qui en amène promptement la désorganisation ; que cette membrane ayant ainsi, à cette époque, la meilleure part à la diarrhée, c'est principalement à sa surface qu'il faudrait appliquer les substances médicamenteuses qu'on voudrait employer. Ajoutons, toujours d'après le témoignage des faits, que la dernière période des

maladies chroniques étant favorable aux inflammations de toute espèce, il importe d'avoir constamment égard à cette disposition, quel que soit le symptôme prédominant de cette époque; que, d'ailleurs, la membrane muqueuse de l'estomac est alors si souvent altérée, que c'est une nouvelle raison de n'employer à l'intérieur, généralement du moins, que des médicamens très-peu actifs.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

Deuxième Partie.

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE ANALYTIQUE.

Les chiffres arabes indiquent la page, et les chiffres romains l'observation.

D.

M.

O.

P.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE.

P. GUEFFIER, Imprimeur de l'Athénée royal de Médecine, rue Guénégaud, n°. 31.